

久山町造血細胞移植等医療行為後の任意予防接種費用助成申請書兼請求書

久山町長 様

年 月 日

認定申請者 住所 久山町 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

記

1. 被接種者

氏名	(フリガナ)	(生年月日)
		年 月 日
住所	<input type="checkbox"/> 上記申請者と同じ	

2. 予防接種の種類及び交付申請額

予防接種の種類	接種日	接種費用	上限額	決定額
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
申請（請求）額合計				円

3. 助成金振込先（申請者と同名義）

金融機関	支店名	貯金種目
銀行 信用組合・農協		1：普通 2：当座
口座番号（左詰めで書いてください）	名 義 人	(フリガナ)

4. 添付書類

- (1) 被接種者のマイナンバーカードなど本人が確認できる公的な書類
- (2) 領収書、予防接種済証など医療機関での接種日、接種ワクチン、支払金額が確認できる書類
- (3) 振込先金融機関口座が確認できる書類