

菊池市造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

菊池市長 様

申請者 住所 _____

氏名 _____

(接種対象者との続柄 _____)

電話番号 _____

私は、菊池市造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成金について、菊池市造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成金要綱第9条の規定により、次のとおり申請しますので、以下に記載の口座に口座振替で支払われるよう依頼します。

なお、必要があるときは、菊池市が再接種を実施した医療機関に以下の事項について確認を行うことに同意します。

接種対象者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 菊池市		
	ふりがな	_____		
	氏 名	_____		
	生年月日	年	月	日生（満 歳 ヶ月）
助成金申請兼請求額		_____ 円		
口座振込依頼欄	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	本店 支店 支所 出張所	
	預金種別	普通・当座	口座番号	_____
	(フリガナ) 口座名義人	_____		

【添付書類】

- ・接種した医療機関等が発行した領収書（被接種者氏名、予防接種の種類、当該予防接種の費用、接種日、医療機関名が記載されたもの）
- ・母子健康手帳、その他予防接種済証など再接種したことが確認できる書類の写し（接種日、接種ワクチン、接種医療機関）
- ・振込先金融機関口座が確認できる書類（金融機関名・支店・口座番号・口座名義人氏名が分かるもの）

書類の提出方法	紙・電子メール
---------	---------

書類発行責任者	_____	電話番号	_____
担 当 者	_____	電話番号	_____