

大垣市骨髄移植等の理由による任意予防接種費用支援事業補助金交付請求書

年 月 日

（あて先）大垣市長

申請者（保護者） 住所
 氏名 ⑩
 接種対象者との続柄（ ）
 電話

大垣市骨髄移植等の理由による任意予防接種費用支援事業補助金交付要綱第7条の規定により、次のとおり大垣市骨髄移植等の理由による任意予防接種費用支援事業補助金を請求します。

なお、補助金の交付に必要な範囲で、申請者と接種対象者の住民情報を確認することに同意します。

接種対象者	住 所		
	氏 名		
	生年月日	年	月 日
	連 絡 先		
接種医療機関			
予防接種の種類		接種日	接種金額
		年 月 日	円
		年 月 日	円
		年 月 日	円
		年 月 日	円
		年 月 日	円
		年 月 日	円
		年 月 日	円
合計			円

上記の費用については、下記の金融機関の口座へ振替にて支払ってください。

金融機関名	銀行・農協 信用金庫 信用組合	口座種別	普通 ・ 当座
		口座番号	
	本店 支店 出張所	フリガナ	
		口座名義人	

【添付書類】

- 1 予防接種を受けた際の領収書（接種対象者の氏名、予防接種の種類及び接種日、接種を受けた医療機関の名称並びに予防接種に係る接種費用であることが明記してあるもの）又は当該領収書の記載事項が証明できる書類
- 2 予防接種予診票（接種対象者の氏名、予防接種の種類及び接種日、接種を受けた医療機関の名称が明記されているもの）又はそれに準ずるもの
- 3 その他市長が必要と認める書類