

宗像市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

年 月 日

宗像市長 様

申請者（請求者）

氏 名 (続柄：)

住 所 〒 -

宗像市

電話番号 () -

宗像市造血細胞移植等医療行為後の任意予防接種費用助成事業実施要綱第 8 条に基づき、下記のとおり申請（請求）します。

1 被接種者

ふりがな		性別	男 ・ 女
氏 名			
生年月日			
住 所	〒 宗像市 ☐ 申請者（請求者）と同じ場合は記入不要		

2 申請額 太枠内を記入ください。

予防接種の種類	接種日	自己負担額	上限額	申請額
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
合 計				円

※支給額は各年度において予防接種ごとに宗像市が定めた金額が上限となります。

3 振込先（申請者と同名義）

金融機関名			銀行 農協 金庫						支店 支所 出張所
預金種別	普通・当座	口座番号							
ふりがな									
口座名義									

4 添付書類

- ① 予診票（写し可）
 - ② 領収書の原本（接種日、ワクチン名、料金、医療機関名が記載されているもの）
- ※申請者が保護者以外の場合は、別途委任状の添付が必要です。