

久留米市造血細胞移植後の任意予防接種費用償還金交付助成申請書兼請求書

年 月 日

(あて先)

久留米市長

申請者(請求者)

氏名 \_\_\_\_\_ 被接種者との続柄( )

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

久留米市造血細胞移植後の任意予防接種費用助成事業実施要綱第7条に基づき、次のとおり費用の助成を申請します。

1 被接種者

(ふりがな)		性別	男・女
氏名			
生年月日	年 月 日		
住所	〒 _____ 久留米市 ※申請者(請求者)と同じ場合は記載不要です。		

2 申請内容

予防接種の種類	期・回数	窓口負担額 A	上限額 B	申請(請求)額 (AとBのうち少ない額)
合計金額				

※太線枠は記入しないでください。 ※支給額は各年度において予防接種の種類ごとに久留米市が定めた金額が上限となります。

3 振込先

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・支店・出張所				
預金種別	普通 口座 貯蓄	口座番号	番号(左づめで記入)				(フリガナ)
							口座名義

(添付書類)

①再接種した予防接種の領収証

②予防接種済証などの接種日、再接種ワクチン、再接種した医療機関が確認できる書類の写し

③振込先金融機関口座が確認できる書類の写し

※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。

久留米市受付印