

年 月 日

笛吹市長 様

申請者(保護者) 住所 _____
 氏名 _____
 接種対象者との続柄 _____
 電話番号() _____

造血幹細胞移植後予防接種補助金実績報告書兼請求書

笛吹市造血幹細胞移植後予防接種費用補助金交付要綱第 7 条の規定により、次のとおり実績報告(請求)します。この申請の審査のため、住民基本台帳を閲覧することに同意します。

1 接種対象者

フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
------------	--	------	-------

2 接種の種類及び請求額

※太枠内は記入不要です。

種類・回数	接種日	接種費用	上限額	請求額
	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
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
合 計				円

3 補助金振込先

金融機関	支店名	口座種別			
銀行 信用金庫・農協	本店 支店	1：普通 2：当座			
口座番号(右詰めで記入してください。)		(フリガナ) 名義人			

4 添付書類

- (1) 接種を行った医療機関の領収書(接種対象者の氏名、接種日、接種費用及び医療機関名が記載されたものに限る。)
- (2) 予防接種予診票(接種時に使用し、医師の氏名、保護者の署名その他の必要事項が記載されているものに限る。)又は接種の履歴が確認できるものの写し
- (3) 補助金の振込先が確認できる書類