

豊前市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成
申請書兼請求書

豊前市長 殿

(申請者) 住 所
氏 名
電 話

印

豊前市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成金交付要綱第5条に該当するものと認定を受けた予防接種について、関係書類を添えて助成金の交付を申請・請求します。

記

1. 被接種者

(ふりがな)		生年月日	年 月 日
氏 名			

2. 申請額

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)

※太枠内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豊前市が定めた額が上限となります。

3. 振込先

金融機関名	銀行・金庫・農協		本店・支店 (店番)
預金種別	普通・当座	口座番号	
(フリガナ) 名義人名			

(添付書類)

- ① 予防接種に要した費用が確認できる領収書の原本
- ② 予診票（写しでも可）