第5号様式（第8条関係）

桜井市骨髄移植等後の予防接種再接種費助成金交付申請書

|  |
| --- |
| 年　　　月　　　日（宛名）桜井市長申請者　　　　〒　　　　－　　　　　　　　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　（続柄　　　）　　　　電話番号　　　　　　　　　　 　　　　 　　　　下記のとおり、予防接種再接種費助成金の交付を申請します。 |
| 被接種者氏名 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | 生 年 月 日 | 年　　月　　日 |
|  |
| 接　種　日 | 予防接種の種類 | 回　数 | 接種に要した費用 | 接種医療機関 |
| 年　　月 　 日 |  |  | 円 |  |
| 年　　月　 日 |  |  | 円 |
| 年　　月　 日 |  |  | 円 |
| 年　　月　 日 |  |  | 円 |
| 年　　月　 日 |  |  | 円 |

下記の口座に振り込み願います。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 　　　　　　　銀行　 　信 用 金 庫　　　　　　　農業協同組合 | 　　　　　　　　　　　　　本店　　　　　支店　　　　　　　　　　　　　支所 |
| ゆうちょ銀行　　　　　　　　　店　番 |  |  |  |  |
| 種目 | 普通 ・ 当座 | 口 座 番 号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義 | (フリガナ) |
|  |

【注意】１. 申請される方は必ず予診票・領収書・通帳・印鑑（シャチハタ不可）を持参ください。

２ . 申請者と振込先口座名義が違う場合のみ、以下にも記名押印をお願いします。

|  |
| --- |
| 口座名義人は、（続柄〈　　　　〉）であり、当該口座に振り込むことについては、異存ありません。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　 |

　※下欄は、記入しないでください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 決定額※支払 | 自己負担額 | 支給決定額 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　　　　円 |
| 添付書類 | 1 領収書 　2 母子健康手帳等の接種記録 　3 その他（　　　　　　　　） |
| 備　　考 |  |