

年 月 日

（宛先）桑名市長

（申請者）
 住 所 〒
 桑名市
 氏 名
 （被接種者との続柄）
 電話番号 （ ）

桑名市骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成金交付申請書兼請求書

骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成金の交付について、桑名市骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成事業実施要綱第6条の規定により下記のとおり申請します。

記

被接種者名				
生年月日	年 月 日			
被接種者住所				
接種医療機関				
予防接種の種類	接種年月日	支払金額（A） （税込額）	桑名市の 接種料金（B）	申請額（AとBの いずれか低い額）
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
申請額（合計）				円

振込先	銀行 農協 信金 金庫	本店 支店 出張所	預金種別	口座番号					
			1 普通 2 当座						
	フリガナ								
	口座名義人								

私は、上記の口座名義人に骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成金の受取を委任します。

年 月 日 申請者氏名

- ※ 申請者と口座名義人が異なる場合は、上欄の委任状に申請書の署名が必要です。
- ※ 領収証及び予診票を添付してください。