

小郡市長 あて

接種者が未成年の場合  
申請者は保護者です

申請者 住 所 小郡市二森〇〇-〇  
電話番号 0942-72-6666  
氏 名 小郡 花子  
(接種者との続柄： 母



小郡市造血細胞移植等医療行為後の任意予防接種費用助成申請書

小郡市造血細胞移植等医療行為後の任意予防接種費用助成事業実施要綱第7条第1項の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

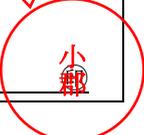
被接種者氏名	小郡 太郎	生年月日	平成〇〇年10月1日
接種医療機関	あすてらす病院		
接種日及び 予防接種の種類	令和〇年 〇月 〇日	令和〇年 〇月 〇日	令和〇年 〇月 〇日
支払った金額	お支払い頂いた金額をご記入ください 円		

※ この申請書の裏面に、医療機関発行の予防接種領収書及び明細書を添付してください。

口座振込依頼欄	
金融機関	銀行 信用組合 農協
支店名	本
口座番号	普通・当座・貯蓄
(フリガナ)	オゴオリ イチロウ
口座名義人	小郡 一郎
* 申請者と口座名義人が異なる場合は次も記入してください。	
私は、市より支払を受ける予防接種費償還払いの受領に関して、上記の口座に振り込むことを承諾いたします。	
氏名	小郡 花子

通帳を確認の上  
ご記入ください。

「申請者」と口座振り込み名義人が異なる場合は記入してください。同一の場合は記入不要です。



市記入欄

起 案 年 月 日  
月 日

記入しないでください。

決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係

小郡市造血細胞移植等医療行為後の任意予防接種費用助成事業実施要綱第7条の規定により、次のとおり決定してよろしいかどうかを。

可 否	決定 ・ 却下	助成額	円
-----	---------	-----	---