

年 月 日

玉名市長 様

申請者 住所
氏名
(接種対象者との続柄)
電話番号

玉名市造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成金交付申請書兼請求書

私は、玉名市造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成金について、玉名市造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成金交付要綱第8条の規定により、次のとおり申請しますので、以下に記載の口座に口座振替で支払われるよう依頼します。

なお、必要があるときは、玉名市が再接種を実施した医療機関に以下の事項について確認を行うことに同意します。

接種対象者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 玉名市		
	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	年	月	日生(満 歳 か月)
助成申請 兼請求額	円			
口座振込依頼欄	金融機関名			支店
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人			

【添付書類】

- 予防接種を実施した医療機関の領収書（被接種者氏名、予防接種の種類、予防接種の費用、接種日、医療機関名等が記載されたもの）
- 母子健康手帳その他予防接種済証など再接種したことが確認できる書類の写し（接種日、接種ワクチン、接種医療機関名が記載されたもの）
- 予防接種予診票
- 振込先金融機関口座が確認できる書類（金融機関名・支店・口座番号・口座名義人氏名が分かるもの）