

高岡市骨髓移植患者への定期予防接種ワクチン再接種費用助成金支給申請書

高岡市長 あて

申請者	住所	(〒 -) 高岡市		
	ふりがな 氏 名			
	電話番号		助成対象者との続柄	

年 月 日付け高岡市指令第 号で交付の通知がありました表記の助成金について、高岡市骨髓移植患者への定期予防接種ワクチン再接種費用助成金交付要綱第 9 条の規定に基づき、下記のとおり請求します。

1 助成申請金額

予防接種名 ※書ききれない場合は裏面にご記入ください	再接種年月日	再接種費用 (A)	※高岡市記入欄	
			市の委託単価 (B)	交付決定金額 ※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
再接種費用合計金額 ※裏面にも記入する場合は裏面との合計金額をご記入ください		円		
交付決定合計金額				

2 振込先（申請者名義）

振込先銀行	銀行・金庫・農協・信組 本店・支店・出張所							
	普通・当座	口座番号						
口座名義	フリガナ							

【添付書類】

- ・予防接種費用の領収書（予防接種の種類及び接種日が記載されているもの。お返しできません。）
- ・母子健康手帳、予診票、接種済証等、再接種を受けたことが確認できるもの
- ・振込先口座の確認ができるもの（通帳、キャッシュカードの写し等）

※再接種日から1年以内に、高岡市健康増進課へ申請してください。

※抗体検査や医師が記入する理由書等の文書料及び交通費は助成の対象外です。

[illegible]