

日立市長 殿

申請者 住 所  
 (保護者) 氏 名  
 被接種者との続柄：  
 電話番号

日立市骨髄移植等に係る予防接種再接種費用助成金請求書

日立市骨髄移植等に係る予防接種再接種費用助成要綱第7条の規定により、下記のとおり請求します。

記

被接種者	住所	日立市						
	フリガナ		性 別	男 ・ 女				
	氏名		生年月日	年 月 日				
内訳	予防接種の種類 (接種時年齢)	回数 ①	接種費用 単価 ②	接種費用 ③ (①×②)	助成限度額 単価 ④	助成限度額 ⑤ (①×④)	申請(請求)額 ※③又は⑤のうち低い額	
	1		円	円	円	円	円	
	2		円	円	円	円	円	
	3		円	円	円	円	円	
	4		円	円	円	円	円	
	5		円	円	円	円	円	
	6		円	円	円	円	円	
	7		円	円	円	円	円	
	8		円	円	円	円	円	
	合計							円

請求額	円
-----	---

振込先	銀行・信金 労金・信組 農協	本店 支店 出張所	口座種別 (いずれかに○)	普通 ・ 当座
	口座名義(カナ)		口座番号	

※ゆうちょ銀行を指定される場合は、支店名は漢数字で記入してください。

※振込先は、申請者名義の口座を記入してください。

【提出していただく書類】

- ・ 領収書及び診療報酬明細書の原本  
 (被接種者氏名、接種日、接種料金、接種ワクチンが記載されているもの。レシート不可)
- ・ 接種記録の写し  
 (母子健康手帳の出生届出済証明(※子の保護者の欄を記載)と、接種記録が記載された箇所の写し)
- ・ 通帳等の写し(銀行名・支店名・口座番号・口座名義人が確認できるもの)
- ・ 予診票の写し(ある場合のみ)