

見本

年 月 日

日立市長 殿

※赤枠内をご記入ください。
※振込先は、申請者名義の口座

申請者 住所 日立市助川町1-15-15
(保護者) 氏名 日立 太郎
被接種者の続柄： 父
電話番号 0294-12-3456

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 助川町1-15-15					
	フリガナ	ヒタチ タイヨウ	性別	(男) ・ 女			
	氏名	日立 太陽	生年月日	平成 30 年 5 月 3 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 (例)四種混合 (4歳)	3	11,440 円	34,320 円	10,270 円	30,810 円	30,810 円
	2		円	円	円	円	円
	3					円	円
	4					円	円
	5			円	円	円	円
	6			円	円	円	円
	7			円	円	円	円
	8			円	円	円	円
合計							30,810 円

再接種した予防接種の種類、
接種時年齢、回数、接種費用
単価を記載してください。

別添「日立市定期予防接種
費助成限度額一覧」を参考
に記載してください。

請求額	30,810 円
-----	----------

振込先	日立	銀行・信金 労金・信組 農協	日立	本店 支店 出張所	口座種別 (いずれかに○)	普通 ・ 当座
					口座番号	1234567
	口座名義 (カナ)		日立 太郎 (ヒタチ タロウ)			

※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)