

様式第 4 号（第 6 条関係）

年 月 日

（申請先）土浦市長

申請者
住所
氏名 印
助成対象者との関係
電話番号

土浦市骨髄移植等の医療行為後の予防接種再接種費用助成金交付
申請書兼請求書

年 月 日付け 第 号で承認決定のあった土浦市骨髄移植等の医療行為後の予防接種再接種費用助成金について、土浦市骨髄移植等の医療行為後の予防接種再接種費用助成金交付要綱第 6 条第 1 項の規定により、下記のとおり申請し、及び請求します。

記

助成対象者	住所	土浦市		
	氏名	(男・女)		
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)		
再接種を受けた医療機関名				
再接種日	予防接種の種類等	助成限度額 (A)	再接種費用 (B)	(A) と (B) のいずれか少ない額
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
合計 (請求額)				円
振込先口座	金融機関名		本店・支店等名	
	預金種目		口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

添付書類

- (1) 再接種に係る領収書
- (2) 母子健康手帳その他の再接種の内容を確認することができる書類