

様式第5号（第8条関係）

大野城市造血細胞移植後の任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

大野城市長 宛

申請（請求）者 住所
氏名 印
対象者との関係（ ）
電話番号

大野城市造血細胞移植後の任意予防接種費用助成金の交付を受けたいので、大野城市造血細胞移植後の任意予防接種費用助成事業実施要綱（令和5年要綱第97号）第8条の規定により、下記のとおり申請します。

また、当該助成金の交付が決定したときは、交付決定額を請求します。

記

1 対象者

ふりがな		生年 月日	年 月 日
氏名			

2 接種の種類及び交付申請額

※太枠は市で記入します。

種 類	接種日	接種費用 (A)	助成上限額 (B)	申請額 (A)と(B)でいずれか 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
	年 月 日	円	円	円
合 計				円

3 私が受領する助成金について、以下の指定口座への振込を依頼します。

金融機関名	銀行・農協 信金・信組 労金						本店 支店 出張所	
預金種別	普通・当座	口座番号					フリガナ	
	その他（ ）						口座名義	

【添付書類】

任意予防接種のために医療機関に支払った額が確認できる領収書等の写し

対象者が受けた任意予防接種の履歴が確認できる母子健康手帳、予防接種済証又は予診票の写し

※申請（請求）者氏名と異なる名義の口座に振込を希望する場合、下欄に記入をお願いします。

委任状	
私は、上記口座名義人に助成金の受領に関する一切の権限を委任します。	年 月 日
申請者氏名	印