

様式第1号（第5条関係）

吉川市造血幹細胞移植後の予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先)吉川市長

造血幹細胞移植を行った為、下記のとおり予防接種費用助成金を申請します。
 なお、本申請にあたり確認が必要な場合は、医療機関等へ問い合わせることについて同意します。

請求額 _____ 円

申請者氏名	ふりがな	連絡先	()
住所	〒 -		
被接種者氏名	ふりがな	生年月日	年 月 日
住所	〒 - ※上記記載の住所と異なる場合記入		

*申請に必要なもの

- ①吉川市造血幹細胞移植後の予防接種費用助成金交付申請書兼請求書（本用紙）
- ②予防接種を受けた医療機関が発行する領収書
- ③母子健康手帳等予防接種の履歴がわかる書類
- ④造血幹細胞移植を行ったことが確認できる書類
- ⑤印鑑（認印）
- ⑥振込先を確認できるもの

振込先金融機関

銀行・農協		支店
信用金庫		
口座番号	普通・当座	
ふりがな 口座名義		

上記のとおり造血幹細胞移植後の予防接種費用助成金を請求します。

請求者氏名 _____ (印)