

年 月 日

みやま市長 様

(申請者)

氏 名

印（被接種者との続柄）

住 所

電話番号

みやま市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成金交付申請書兼請求書

みやま市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成事業実施要綱に該当するものと認定を受けた予防接種について、下記のとおり助成金の交付を申請（請求）します。

1 被接種者

ふりがな		生年月日
氏 名		年 月 日
住 所	みやま市	☐ 申請者に同じ

2 申請（請求）額

予防接種の種類	期・回数	窓口負担額（A）	上限額（B）	申請（請求）額 （AとBのうち少ない額）
合計金額				

3 振 込 先

金融機関名	銀行 信金 信組 農協	店
預金種類	普通 ・ 当座 （いずれかに○）	
口座番号		※右詰め
フリガナ		
口座名義		

（添付書類）

- ①予防接種の記録が確認できる書類（「予防接種済証」「予診票」等の写し）
- ②領収書（接種日・ワクチン名・支払い金額・医療機関名の記載があるもの）
- ※申請者が保護者以外の場合、別途、委任状の添付が必要です。