

様式第1号 (第5条関係)

名張市造血幹細胞移植等による免疫低下又は消失に係る
任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

名張市長 宛て

名張市造血幹細胞移植等による免疫低下又は消失に係る任意予防接種費用助成事業実施要綱(令和5年名張市告示第146号)第5条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。なお、予防接種の接種状況について、名張市が必要に応じて医療機関に照会することに同意します。

申請者	フリガナ氏名	()	電話	() -
	住所	〒		被接種者との続柄
被接種者	フリガナ氏名	()	男・女	年 月 日生
	住所	※申請者と同じ場合は記載不要		
予防接種の種類		接種日	接種に要した費用	接種医療機関名
		年 月 日	円	
		年 月 日	円	
		年 月 日	円	
		年 月 日	円	
		年 月 日	円	
		年 月 日	円	
		年 月 日	円	
		年 月 日	円	
			申請金額	円
*助成額	円	(承認・不承認)	年 月 日	*交付決定 指令番号
*受付者		*決定年月日		名張市指令第 号

*は市記入欄です。

名張市造血幹細胞移植等による免疫低下又は消失に係る任意予防接種費用助成金交付請求書

年 月 日

名張市長 宛て

請求者氏名 ⑩

交付決定された任意予防接種費用助成金を請求しますので、次の口座へ振り込んでください。

金融機関名	支 店	預金種目	口座番号 (右づめでご記入ください。)			
銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	普通 当座				
(フリガナ)	*必ず記入してください。					
口座名義人						