

様式第4号（第9条関係）

日南市定期予防接種ワクチン再接種費用助成金交付申請書

年 月 日

日南市長様

申請者（保護者）

氏名 _____ 印

接種対象者との続柄（ ）

住 所 _____

電話番号 _____

日南市骨髄移植等後の定期予防接種ワクチン再接種費用助成実施事業実施要綱 第9条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。なお、償還金は下記の口座に振り込んで下さい。

予防接種を受けた者	住 所 日南市 氏 名 生年月日 年 月 日		
予防接種の種類	接種年月日	接種費用 (自己負担分)	償還払決定額 ※日南市記入欄
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
			合計 円
振 込 先	本・支店名	種別	口座番号
銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	普通 当座	
フリガナ			
口座名義			
添付書類	<input type="checkbox"/> 接種した医療機関等が発行した領収書 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の写し <input type="checkbox"/> 予診票の原本 <input type="checkbox"/> 通帳の写し(銀行名・支店名・種別・口座番号・口座名義のページ)		