

第4号様式(第6条関係)

再接種費用補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

恵庭市長 様

住所
氏名

恵庭市骨髄移植等による予防接種再接種費用補助金交付要綱に基づき、関係書類を添えて申請します。

被接種者	氏名		性別	
	生年月日	年 月 日生 (歳 か月)		
保護者名		電話番号		
住所				
予防接種名・申請額等				
回数	受診年月日	予防接種名	実施機関名	申請額
1				円
2				円
3				円
4				円
5				円
6				円
7				円
申請額(合計)				円
振込み口座等	金融機関名		支店名	口座の種類
				普通・当座
	口座番号		口座名義人	
				フリガナ

※裏面に領収書及び接種を証明する書類を添付下さい。