

様式第4号（第6条関係）

年 月 日

鹿嶋市長 様

申請者（請求者）
住 所 鹿嶋市

氏 名 (続柄)

電話番号

鹿嶋市骨髄移植等に係る予防接種再接種費用助成金交付申請書兼請求書

下記予防接種再接種について、関係書類を添えて費用助成の申請及び請求をします。

被接種者	住 所	鹿嶋市				
	ふりがな 氏 名		生年 月 日	年 月 日 (歳 か月)		
接種医療機関名						
予防接種の内容	予防接種名	回数	接種日	接種費用	助成額	
				円	円	
				円	円	
				円	円	
請求額		(接種費用と市が定める助成上限額のいずれか低い金額)				
		円				
振 込 先	金融機関コード		店番号	普通・当座 (該当を○で 囲む。)		
	金融機関名	銀行 金庫 組合		本店 支店 出張所		
	口座番号		フリガナ			
			口座名義人			

添付書類

- (1) 再接種を実施した医療機関名，予防接種の種類及び接種日が記載された領収書
- (2) 母子健康手帳又は再接種の接種記録が確認できる書類の写し
- (3) その他市長が必要と認める書類