

再予防接種費用助成金交付申請書

令和 年 月 日

倉敷市長 あて

申請者 住所 倉敷市.....
 氏名
 電話 - -

倉敷市骨髄移植等に伴う再予防接種費用助成金交付要綱第8条の規定により、次のとおり、再予防接種費用助成金を申請します。

被接種者	住 所	倉敷市			
	カ ナ				
	氏 名				
	生年月日	令和 年 月 日 生 (歳 か月)			
該当欄に○印を付けてください	種類	回数	支払額	助成額	
	B型肝炎	回	円	円	
	B C G	回	円	円	
	五種混合	回	円	円	
	四種混合	回	円	円	
	三種混合	回	円	円	
	二種混合	回	円	円	
	ポリオ	回	円	円	
	MR	回	円	円	
	麻しん	回	円	円	
	風しん	回	円	円	
	水痘	回	円	円	
	H i b	回	円	円	
	小児肺炎球菌	回	円	円	
	日本脳炎	回	円	円	
	H P V	回	円	円	
	文書料			円	円
	合計			円	円
振込金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・支店 出張所		
フリガナ		預金種別	普通 当座		
口座名義人		口座番号			
委任状					
私は、上記口座名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。					
令和 年 月 日			申請者氏名		

※太枠内は倉敷市記入欄のため、記入しないでください。