

様式第5号（第8条関係）

大分市骨髄移植後等における予防接種費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

大分市長 殿

大分市骨髄移植後等における予防接種費助成事業実施要綱第8条第1項の規定に基づき、次のとおり助成金の交付を申請し、決定した場合は当該助成金を請求します。

申請者現住所				
フリガナ		助成認定者との続柄		
申請者氏名	印			
電話番号				
助成認定者住所	※申請者住所と異なる場合や転出の場合にご記入ください。（転出の場合は、接種時の住所）			
フリガナ				
助成認定者氏名				
助成認定者生年月日	年 月 日			
予防接種の種類・ 接種費・接種日	予防接種の種類	接種費用 (支払済額)	接種日	※助成金の額の上限 (市が記入します。)
申請金額	円			

接種医療機関名	
---------	--

《振込先口座》

金融機関名	銀行・農協 信用金庫 信用組合・労働金庫	支店名	本店 支店 出張所
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

*助成金決定額 (市が記入します。)	円
-----------------------	---