

足利市長 宛て

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 (請求者) 氏名 \_\_\_\_\_  
 接種対象者との続柄 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

足利市骨髓移植等の医療行為により免疫を失った者に対する  
 任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

接種対象者	住 所			
	氏 名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日	( 歳	か月)
予防接種実施医療機関	所在地			
	医療機関名			

予防接種の種類	接種年月日	申請金額
回目・追加	年 月 日	円
回目・追加	年 月 日	円
回目・追加	年 月 日	円
回目・追加	年 月 日	円
回目・追加	年 月 日	円
回目・追加	年 月 日	円
申請額合計		円

下記の口座に振り込んでください。

金融機関名	銀行・金庫・組合		本店・支店・支所			
種別	1 普通	フリガナ				
	2 当座	口座名義人				
金融機関コード			店番号			
口座番号						左詰めで記入

委任状（請求者と口座名義人が異なる場合に記入）

上記助成金の受領に関する権限を下記の者に委任します。

受任者	住所		氏名	
-----	----	--	----	--

- (添付書類) 再接種を受けた医療機関からの領収書及び診療明細書  
再接種済みの予診票 通帳など助成金の振込先がわかるもの（写し）