様式第３号（第５条関係）

大木町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成金請求書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 |
| 被接種者氏名 |  | 年　　　月　　　日（満　　　歳　　　か月） |
| 住　　　　所 | 三潴郡大木町大字 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※太枠は担当課記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 回数 | 再接種した予防接種 | 接種日 | 接種医療機関 | 自己負担額 | 当該年度管内医師会決定額 | 支給決定額 |
| １ |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 合　　　　　　計 | 円 |

受付印

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 口座振込依頼欄 | 銀行・信用金庫農協・信用組合 | 本店・支店支所・出張所 |
| 種目 | １普通　２当座　３貯蓄 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義（保護者氏名） |  |