様式第4号（第7条関係）

岡谷市造血細胞移植後の任意予防接種費用助成金請求書

年 月 日

（宛先）岡谷市長

申請者（保護者） 住 所
氏 名

年 月 日付け岡谷市指令第 号で交付決定された予防接種が終了したため、関係書類を添えて次のとおり請求しますので、下記口座に振り込んでください。なお、必要があるときは下記事項について、岡谷市が予防接種を実施した医療機関に確認を行うことに同意します。

被 接 種 者	住 所	〒394- 岡谷市			
	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏 名				
保護者氏名		(続柄)		連絡先	
予 防 接 種 の 種 類	接種年月日	医療機関名	接種費用 (支払っ た金額) (A)	※岡谷市記入欄	
				助成上限額 (B) (委託単価)	申請金額 (A)と(B) で少ない額
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
助成金申請合計金額				円	
金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協			本店・支店 支所・出張所	
口座種別 口座番号	口座種別	1. 普通 2. 当座	口座番号		
口座名義	フリガナ				

- 【添付書類】 (1)任意予防接種費用の領収書原本（助成対象者の氏名、接種日、ワクチン名、接種費用及び医療機関名が記載されたもの）
(2)任意予防接種を受けたことを証する書類（母子健康手帳の写し又は接種済証）
(3)振込先金融機関口座が確認できる書類