

別 記

第1号様式（第5条第1項）

造血細胞移植による再接種費用助成申請書

年 月 日

香取市長

様

申請者 住 所

氏 名 印

電話番号

香取市造血細胞移植による再接種費用の助成を受けたいので申請します。

ふりがな					
被接種者氏名					
生年月日		年 月 日（ 歳）			
住所		香取市			
助成申請額		円			
予 防 接 種	種 類				
	接種日				
	接種医療機関	名 称			
		所 在 地			
電話番号					
振 込 先	金融機関名			種別	当座・普通
				口 座 番 号	
	口座	ふりがな			
		名義人			

添付書類

- 1 助成対象予防接種に要した費用の領収書（原本）
- 2 助成対象予防接種の接種年月日及び接種ワクチンの種類が確認できる書類（母子健康手帳の写しなど）