

第4号様式（第6条）

骨髄移植等による再接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

（あて先）印西市長

申請者（保護者）住 所  
氏 名  
続 柄  
電話番号

印

印西市骨髄移植等による再接種費用の助成を受けたいので、申請します。

フリガナ				生年月日 (年齢)	年 月 日			
接種者氏名					( 歳)			
電話番号								
住 所		※申請者と同一の場合は、「同上」と記載のこと。						
振 込 先 金 融 機 関	金融機関名	銀 行 信用金庫 組 合 農 協			支店名		支店	
	種 別	普通・当座	口座番号					
	フリガナ							
	名 義 人							
請求金額		円						

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等）