

様式第4号（第9条関係）

年 月 日

長浜市造血幹細胞移植等によるワクチン再接種費用助成金交付申請書兼請求書

長浜市長 あて

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____
 被接種者との続柄 _____
 電話番号 _____

長浜市造血幹細胞移植等によるワクチン再接種費用助成金交付要綱第9条の規定に基づき、関係書類を添えて申請及び請求します。なお、当該申請の審査のため、必要な範囲で、私の住民基本台帳、市税及び国民健康保険料（税）の納付に関する資料を閲覧されることに同意します。

被接種者名				
生年月日	年 月 日（ 歳）			
住 所	長浜市			
医療機関名				
申請金額	金 円			
接種した予防接種の種類については裏面のとおりに				
振 込 先	金融機関名	種別	口座番号	口座名義人
	銀行 信用金庫 農協 信用組合 労働金庫	普通		
	本店／代理店 支店／支所 出張所	当座		

（必要書類等）

- ・領収書及び医療費明細書の写し
- ・予防接種を受けたことを証明する書類（予診票又は母子健康手帳の写し）
- ・振込先の通帳の写し

