

様式第4号（第8条関係）

年 月 日

小山市長 様

申請者 住所
氏名 印
電話
接種対象者との続柄

小山市骨髄移植手術その他の理由による予防接種再接種費助成金
交付申請書兼請求書

小山市骨髄移植手術その他の理由による予防接種再接種費助成金交付要綱第8条の規定により、下記のとおり申請及び請求します。

記

1 接種対象者

住 所			
フリガナ 氏 名		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	年 月 日	(歳 月)	

2 予防接種の種類及び交付申請額（請求額）

接種年月日	予防接種の種類	接種費用	上限額	申請額 (請求額)
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
合計（交付請求額）				円

※上限額は、小山市予防接種費助成事業実施要綱別表第1法定予防接種（A類疾病）の助成限度額欄に掲げる額となります。

※申請額（請求額）は、接種費用と上限額のいずれか低い額を記入してください。

3 振込口座

振込先	金 融 機 関		支 店 名	
	種 別	普通 ・ 当座	口 座 番 号	
	フリガナ			
	口座名義人			

添付書類 (1) 助成対象予防接種に係る領収書
(2) 助成対象予防接種の接種後の予診票