

(宛先) 舞鶴市長

申請者 下
 住所
 氏名 ㊟
 電話番号
 被接種者との続柄

舞鶴市骨髄移植後等の予防接種再接種助成金交付申請書

舞鶴市骨髄移植後等の予防接種再接種助成金交付要綱第7条の規定により、次のとおり舞鶴市骨髄移植後等の予防接種再接種助成金の交付を申請します。

被接種者氏名			
生年月日	年 月 日(歳 か月)		
住 所	下 舞鶴市		
接種した予防接種の種類	接種日	接種医療機関	支払金額
①	年 月 日		円
②	年 月 日		円
③	年 月 日		円
④	年 月 日		円
⑤	年 月 日		円
⑥	年 月 日		円
⑦	年 月 日		円
合計			円

下記の口座に振り込み願います。

振込 口座	金融機関名		口座番号
	銀 行 信用金庫 農業協同組合	本店 支店	普通・当座第 号
			口座名義 (フリガナ)

※ここから下は記入しないでください。

処 理 欄	支払金額(A)	助成限度額(B)	交付決定額(AかBの少ない方)
	① 円	円	円
	② 円	円	円
	③ 円	円	円
	④ 円	円	円
	⑤ 円	円	円
	⑥ 円	円	円
	⑦ 円	円	円
合計			円