様式第４号（第６条関係）

年　　月　　日

尾道市長　様

申請者兼同意者
住　　所　尾道市
氏　　名　　（続柄　　）
電話番号

造血幹細胞移植後等の再接種費支給申請書兼請求書

尾道市造血幹細胞移植後等の再接種費用支給要綱の規定に基づき、再接種費の支給を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請（請求）します。
また、尾道市がこの申請書に記載されているもののほか、住民票記載内容及び予防接種内容について官公署その他の関係機関に対し確認等を行うことに同意します。

被接種者	（ふりがな） 氏名		生年月日	年　月　日 （満　歳　か月）						
	現住所	〒　－ 尾道市								
接種医療機関	名称									
	所在地									
振込先	申請者の口座名義 （カタカナで記入）									
	銀行・信用金庫・農協・信用組合 支店・支所・出張所		口座番号							

市記入欄					
接種日	予防接種の種類	期／回	窓口負担額 (A)	上限額 (B)	申請額（請求額） (AとBのうちいずれか少ない額)
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
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
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
合計金額					円

◆添付書類　①該当予防接種費用が分かる領収書　②該当予防接種の予診票又は親子(母子)健康手帳