

様式5号(第8条関係)

沖縄市骨髄移植等後のワクチン再接種にかかる費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

沖 縄 市 長 宛

申請者 氏 名 印  
(保護者) 住 所  
電話番号

沖縄市骨髄移植等後のワクチン再接種にかかる費用助成制度実施要綱第8条第1項の規定により、次の通り申請します。なお、交付決定後は、次に指定する口座への振込みにより支給されるよう請求します。

接種者名	ふりがな 氏名(性別)				(男・女)
	生年月日	年 月 日			
	住 所	沖縄市			
予防接種名	接種年月日	接種費用①	申請金額 (①と②で少ない額)	沖縄市記入欄 助成上限額②	
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	
<input type="checkbox"/> 裏面記載あり			申請(請求)金額合計	円	

振込先

金融機関・支店名	
預金種別	普通・当座・その他( )
口座番号	
ふりがな 口座名義人	

様式5号（第8条関係）裏面

予防接種名	接種年月日	接種費用①	申請金額 (①と②で少ない額)	沖縄市記入欄 助成上限額②
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
※合計金額はおもてに記載すること		小計	円	

【申請に必要な添付書類】

- (1) 助成対象予防接種の接種医療機関名、種類及び接種費用、接種日が記載された領収書等の接種費用を支払ったことを証する書類
- (2) 予防接種予診票（接種時に使用し、問診医及び保護者の署名等必要事項が記載されているもの）または親子健康手帳、予防接種済証の写し
- (3) 助成対象者であることを証する書類
- (4) 振込先の金融機関、支店名、口座番号、口座名義が確認できる書類（通帳のコピー等）