

年 月 日

鳴門市長

〒

（申請者） 住 所

氏 名

連 絡 先

再接種者との続柄

鳴門市骨髄移植等後の予防接種再接種費助成金交付申請書兼請求書

鳴門市骨髄移植等後の予防接種再接種費助成金交付要綱第 6 条の規定により関係書類を添えて申請します。

なお、本申請の審査に必要な範囲で市が医療機関等に照会することに同意します。

再接種 対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		年齢	歳 か月
	住所	〒		
予防接種名		接種年月日	接種費用①	市記入欄
				助成限度額② 助成金額 (①と②で少ない額)
			円	円 円
			円	円 円
			円	円 円
			円	円 円
			円	円 円
			円	円 円
申請（請求）金額			円	

振込口座（申請者本人の口座を記入してください。）

金融機関名		支店名		種別	
				普通・当座	
口座番号（右詰）				口座名義（カナ）	