

宇治市骨髄移植後再接種助成金請求書

年 月 日

宇治市長 あて

[請求者]〒

住所：宇治市

請求者名：

電話番号：（ ）

※請求者名は必ず口座名義と同一にして下さい

予防接種を受けたので、下記のとおり請求します。

| | | |
|--------------------|-------------------------|-------------------|
| ふりがな 被接種者 氏名 | | 生 年 月 日 年 月 日生 |
| 接種医療 機関名 | | |
| 予防接種 項目 | 項 目 | 接 種 日 |
| | ヒブ (インフルエンザ菌b型) | |
| | 小児用肺炎球菌 | |
| | B型肝炎 | |
| | 4種混合(DPT-IPV) | |
| | 3種混合(DPT) | |
| | 不活化ポリオ | |
| | BCG | |
| | 麻しん風しん混合(MR) (1期・2期) | |
| | 水痘 | |
| | 日本脳炎 | |
| | 2種混合(DT)[2期] | |
| | 子宮頸がん予防(HPV) | |

下記の口座に振り込み願います。

| | | | |
|----------------------|-----------------|----------------|------|
| 銀行 金庫 農協 労金 | 本店 支店 出張所 | 口座番号 | 口座名義 |
| | | 1. 普通 2. 当座 | ふりがな |

* こちらは記入しないでください。

| | | | | |
|-----------|---|---|-------|------|
| 予防接種支給決定額 | ※ | 円 | 履行確認日 | 検査職員 |
| | | | | |