

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： _____ ⑩

電話番号： (_____)

※請求者名は必ず口座名義と同一にしてください

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	

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