

福岡市造血細胞移植により免疫が失われた小児への任意予防接種費用償還金交付申請書兼請求書

年 月 日

福岡市長様

申請者（請求者）

氏 名 _____

住 所 〒 _____

印

被接種者との続柄（ ）

福岡市 区 _____

電話番号 _____

福岡市造血細胞移植により免疫が失われた小児への任意予防接種費用助成事業実施要綱第2条に該当するものと認定を受けた予防接種について、下記のとおり費用の償還金の交付を申請します。

1 被接種者

フリガナ				性別	男・女
氏 名					
生年月日	年	月	日		
住 所	〒 _____ 福岡市 区 _____ ※申請者（請求者）と同じ場合は記載不要です。				

2 申請額

予防接種の種類	期・回数	窓口負担額 A	上限額 B	申請（請求）額 (AとBのうち少ない額)
合計金額				

※太枠内は記入しないでください。 ※支給額は各年度において予防接種の種類ごとに福岡市が定めた金額が上限となります。

3 振込先

金融機関名	銀行・金庫・農協		本店・支店・出張所		
預金種別	普通・当座	口座番号	番号（左づめで記入）	（フリガナ）	
				口座名義	
ゆうちょ銀行口座 への振り込みを希望の場合	店番	口座番号	番号（左づめで記入）	（フリガナ）	
				口座名義	

(添付書類)

- ① 予防接種の記録が確認できる書類（「予防接種済証」又は「予診票の写し」等）
- ② 領収書原本（接種日、ワクチン名、料金、医療機関名が記載されているもの）
- ③ 母子健康手帳の父母の欄の写し
- ④ 申請者（請求者）の振込先口座の通帳のコピー（預金名義人等が確認できるページ）

※申請者が保護者以外の場合は、別途委任状の添付が必要です。

福岡市受付印