

第4号様式（第6条第1項第1号）

木更津市造血幹細胞移植後の任意予防接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

木更津市長 渡辺 芳邦 様

申請者 住所

氏名 印

接種者との続柄

電話（平日昼間つながるところ）

（ ） -

下記のとおり予防接種費の償還払いを申請します。

申請額（請求額）		円		
被接種者	氏名			
	生年月日	年 月 日		
	住所	木更津市		
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	
	フリガナ 口座名義人			

備考 申請額（請求額）欄には別紙「木更津市造血幹細胞移植後の任意予防接種費明細書（別記第5号様式）」の合計額を記入してください。