

様式第5号（第8条関係）

上田市造血細胞移植後のワクチン再接種費用助成事業補助金請求書

年 月 日

（請求先）上田市長

請求者 住所  
氏名  
（対象者との関係）  
電話番号

年 月 日付け 第 号で認定された予防接種について、関係書類を添えて、  
下記のとおり請求します。

記

1 被接種者

被接種者 氏 名		生年月日	年 月 日
住 所			
電話番号			

2 予防接種

予防接種の種類	接 種 日	接種医療機関名	請求金額（円）
合 計 金 額			

※裏面へ続きます。

### 3 振込先

金融機関名		支店・支所名称	
(フリガナ) 口座名義			
口座種別	普通・当座	口座番号	
委任状 ※請求者と口座名義が異なる場合のみ記入	ワクチン再接種費用助成事業補助金の受領については、上記口座名義人へ委任いたします。		
		氏名	⑩

### 4 添付書類

- (1) ワクチン再接種費用の領収書原本（対象者の氏名、接種日、ワクチン名、料金及び医療機関名が記載されたもの）
- (2) 振込先金融機関口座が確認できる書類