

様式第6号（第13条関係）

市からの額の確定通知より後の
日付を記載してください。

骨髄移植等の医療行為により免

任意予防接種費用助成金交付請求書

令和 年 月 日

苫小牧市長 様

〒 ー
申請者（保護者） 住 所

氏 名 ⑩

市からの額の確定通知に記載されている
金額を記入してください。

骨髄移植等の医療行為により免れた者に対する任意予防接種費用助成要綱第13条の規定に基づき、下記のとおり助成金の交付を請求します。

記

1 請求金額

円

2 振込先

金融機関名称		支店等名称	
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

振込先は、申請者氏名と同一名義人の口座にしてください。
※申請者名と口座名義人が異なる場合、振込できません。