

様式第4号（第10条関係）

菟田町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成金交付申請書兼請求書

(提出先)菟田町長

次のとおり、菟田町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成金の交付を関係書類を添えて申請し、及び請求します。

申請日		年 月 日			
申請者 (保護者)	フリガナ			電話番号	— —
	氏 名				
	住 所	菟田町			
被接種者	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏 名				
	住 所	菟田町 ※申請者と異なる場合のみ記入してください。			
再接種を受けた 医療機関名					
予防接種の種類		補助上限額(A)		接種費用(B)	
		円		円	
		円		円	
		円		円	
		円		円	
		円		円	
		円		円	
		円		円	
		円		円	
		円		円	
申請額(それぞれ(A)と(B)のうち少ない額を合計した額)					
合計金額の左側に ¥マークを記入してください。					

助成金の交付を決定したときは、次の口座へ振り込んでください。

振込先口座 (申請者名義)	金融機関名	銀行 金庫 農協				店名	本店 支店 出張所
	預金種別	普通 ・ 当座				フリガナ	
	口座番号	左 詰				口座名義	

【同意】 審査のため、私及び被接種者の住民基本台帳を菟田町長が閲覧することに同意します。 申請者 印
--