

菊陽町造血幹細胞移植後の任意予防接種費用補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

菊陽町長 様

申請者 住所 _____
氏名 _____ 印 _____
(接種対象者との続柄 _____)
電話 _____

私は、菊陽町造血幹細胞移植後の任意予防接種費用補助金について、次のとおり申請しますので、以下に記載の口座に口座振替で支払われるよう請求します。

なお、必要があるときは、菊陽町が再接種した医療機関に下記事項について確認を行うことに同意します。

接種対象者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 菊陽町
	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日生（満 歳 ヶ月）
補助金申請・請求額		_____ 円
振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協 本店・支店 支所・出張所
	預金種別	普通 ・ 当座
	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人	

【添付書類】

- 1 接種した医療機関等が発行した領収書（被接種者氏名、予防接種の種類、当該予防接種の費用、接種日、医療機関名等が記載されたもの）
- 2 母子健康手帳その他再接種したことが確認できる書類の写し
- 3 振込先金融機関口座が確認できる書類（金融機関名・支店名・口座種別・口座番号・口座名義のわかるページ等の写し、又は、キャッシュカード等の写し）