

様式第4号 (第8条関係)

香春町造血細胞移植後の任意予防接種補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 香春町長

申請者 住所
氏名 印
電話番号 () -

香春町造血細胞移植後の任意予防接種補助金交付要綱第8条の規定により、下記のとおり補助金の交付を申請します。

記

1 被接種者

ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
------------	--	------	-------

2 接種の種類及び交付申請額

※太枠は町で記入します。

種 類	接種日	接種費用	上限額	申請額
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
合 計				円

3 補助金振込先 (申請者と同名義)

金融機関コード		農協 信金	店番		店所
		銀行			
貯金種目 (番号を○で囲んでください。)			口座番号 (右詰めで書いてください。)		
1 : 普通 2 : 当座					
名義	(フリガナ)				

4 添付書類

- (1) 予防接種に要した費用が確認できる領収書
- (2) 予診票 (接種日が領収書で確認できない場合に限る。)