

福智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申請書

(ふりがな) 被接種者氏名				生年月日	年 月 日生			
住 所		福智町						
		連絡先電話番号						
回数	再接種した 予防接種名	接種日	接種医療機関名	自己負担額	助成限度額 (別途要綱の規定に準ずる)	担当課記入欄 支給決定額		
1		. .		円	円	円		
2		. .		円	円	円		
3		. .		円	円	円		
4		. .		円	円	円		
5		. .		円	円	円		
6		. .		円	円	円		
7		. .		円	円	円		
8		. .		円	円	円		
合 計				円	円	円		
口座振込名義人	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所		種 目		口 座 番 号	
	金融機関コード		店舗コード		1 普通預金			
					2 当座預金			
	口座名義人		(ふりがな)					
福智町長 様		上記のとおり予防接種費用助成金の交付を申請します。 なお、申請事務を行うにあたり、住民基本台帳等を閲覧することを承諾します。						
年 月 日		申請者(保護者)氏名						

添付書類 ①医療機関発行の領収書 ②予診票 ③その他必要書類

処 理 欄	支給決定額 円	備考
-------	------------	----