

様式第 4 号 (第 7 条関係)

年 月 日

上里町長 あて

申請者 住所
氏名 印
被接種者との続柄
連絡先

上里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

上里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要綱第 7 条の規定により次のとおり申請します。なお、審査に際して確認等が必要な場合には、町が接種予定医療機関等に問合せをすることに同意します。

被接種者	住 所				
	氏 名				
	生年月日				
予防接種の種類	接種医療機関名	接種年月日	接種費用	助成額	
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
助成金交付申請額	金 円				
振 込 先	金融機関名	銀行 支店			
	預金の種類	普通 当座	フリガナ		
			口座名義人		
口座番号				右詰記入	

【添付書類】

- 再接種を受けた医療機関が発行した領収書（原本）
 - 再接種の記録（母子健康手帳、予防接種済証等）の写し
- ※接種日、接種ワクチン及び接種医療機関が確認できる書類