

年 月 日

益城町長 様

申請者 住所
氏名 印
電話
被接種者との関係

益城町骨髓移植後等の予防接種再接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日付 第 号で認定された予防接種を接種しましたので、益城町骨髓移植後等の予防接種再接種費用助成事業実施要綱第8条の規定により、下記のとおり関係書類を添付し、助成金を交付申請し、及び請求します。

記

助成金申請（請求）額 _____ 円

被接種者	氏名								
	住所								
	生年月日	年	月	日					
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協							
	支店名	本店 支店 出張所							
	預金種別	普通・当座	口座番号						
	ふりがな								
	口座名義人								

関係書類

- (1) 接種した医療機関が発行した領収証
- (2) 予診票又はその写し
- (3) 予防接種の記録がされた母子健康手帳又は予防接種済証
- (4) 予防接種明細書（別記第6号様式）
- (5) その他町長が必要と認める書類