

遠軽町骨髄移植等後の任意予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

遠軽町長 様

申請者（保護者）住 所 遠軽町

氏 名(自署)

(被接種者との続柄)

電話番号

遠軽町骨髄移植等後の任意予防接種費用助成事業実施要綱第8条の規定に基づき、次のとおり助成金の交付を申請します。なお、必要があるときは下記事項について、遠軽町が再接種を実施した医療機関に確認することに同意します。

被 接 種 者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 遠軽町		
	(フリガナ) 氏 名	( 男 ・ 女 )		
	生 年 月 日	年	月	日 ( 満 歳 か月 )
予防接種名 ※書ききれない場合は 裏面に記載	接種年月日	接種費用① ※医療機関に支払った額	遠軽町記入欄	
			助成上限額② (遠軽町委託料)	申請金額 (①と②で少ない額)
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
助成金申請合計額			円	
金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協協同組合 労働金庫 ( )			
店舗名	本店 支店 本所 支所 ( )			
預金種別	普通・当座	口座番号		
口座名義人 (申請者の口座に限る)	フリガナ			

<添付書類>

- 1 再接種費用の領収書の原本と明細書の写し（被接種者の氏名、接種日、ワクチン名、料金、医療機関が記載されたものに限る）
- 2 母子健康手帳又は予防接種予診票など（当該接種履歴が確認できるものの写し）

