

様式第5号（第7条関係）

須恵町造血細胞移植その他の医療行為後の任意予防接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 須恵町長

申請者 住所
氏名 印
電話番号 ()

須恵町造血細胞移植その他の医療行為後の任意予防接種費用助成事業要綱第7条に基づき、次のとおり申請（請求）します。

記

1 被接種者

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 助成金振込先（申請者と同名義）

金融機関	支店名	貯金種目
銀行	支店	1：普通
信用組合・農協	本店	2：当座
口座番号（右詰で書いてください。）	名義人	(フリガナ)

4 添付書類

- (1) 健康保険証（被接種者）など本人が確認できる公的な書類
- (2) 領収書、予防接種済証など医療機関での接種日、接種ワクチン、支払金額が確認できる書類
- (3) 振込先金融機関口座が確認できる書類