

様式第5号（第8条関係）

京丹波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

年 月 日

京丹波町長 様

申請者 住 所

氏 名 印

電話番号

京丹波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条第1項の規定により、予防接種費用の助成金の交付を関係書類を添えて申請します。

フリガナ		生年 月 日	年 月 日生
被接種者氏名			
接種医療機関名			
接 種 日	予防接種の種類	接種に要した費用	
年 月 日		円	
年 月 日		円	
年 月 日		円	
年 月 日		円	
年 月 日		円	
年 月 日		円	
年 月 日		円	
年 月 日		円	

助成金の支給に当たっては、下記の口座に振込みを依頼します。

振込先口座	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・支店 出張所			
	預金種別	普通・当座	口座番号				
	フリガナ 口座名義人						

振込先口座は、交付申請者名義の金融機関口座を記入してください。

【添付書類】 ☐ 予防接種費用領収書 ☐ 再接種の内容が記載されている母子健康手帳等の写し

※下欄は記入しないでください

自己負担額	支給決定額	確認印
円	円	