

瀬戸内町長 様

瀬戸内町造血細胞移植後ワクチン再接種費用助成事業交付申請書兼請求書

私は、瀬戸内町造血細胞移植後ワクチン再接種費用助成事業実施要綱第4条の規定により次のとおり申請します。

なお、この申請に関し、確認が必要な場合は瀬戸内町が調査することに同意します。

申請者	住所				
	氏名	㊟			
	電話番号				
	対象者との続柄				
対象者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	生年月日	年	月	日（ 歳）	
接種した予防接種	接種年月日		予防接種に要した費用		
	年	月	日	円	
	年	月	日	円	
	年	月	日	円	
	年	月	日	円	
助成申請額				円	
振込先金融機関	本・支店名	種別	口座番号		
銀行 金庫 農協	銀行 金庫 出張所	普通 ・ 当座	口座番号		
			口座名義		
			フリガナ		
※口座名義が申請者と異なる場合 上記、助成金の受領に関することを次の者に委任します。 受任者 住所 氏名 印 申請者との続柄：					

※瀬戸内町使用欄

<input type="checkbox"/> 交付	<input type="checkbox"/> 不交付	年 月 日
公布決定額		円

添付書類

- 1 本人確認書類(母子健康手帳、運転免許証、健康保険証等※氏名、住所、生年月日等の確認できるもの)
- 2 再接種が必要であることが確認できる医師の意見書（第2号様式）
- 3 接種した医療機関等が発行した領収書
- 4 定期予防接種歴が確認できる書類(母子健康手帳の写し等)
- 5 振込先の金融機関名、支店名、預金種目、口座名義人、口座番号の確認できるページの写し
- 6 その他町長が必要と認める書類