

様式第5号(第7条関係)

年 月 日

佐々町長 様

申請者 住 所 佐々町  
氏 名  
(再接種を受けた者との関係) 印

佐々町造血幹細胞移植後の予防接種再接種費用助成交付請求書

年 月 日付第 号で交付決定がありました佐々町造血幹細胞移植後の  
予防接種再接種費用助成金について、佐々町造血幹細胞移植後の予防接種再接種費用助  
成事業実施要綱第7条の規定に基づき、下記のとおり助成金の交付を請求します。

記

1 再接種を受けた者

氏 名		生年月日	年 月 日
住 所	佐々町		
電話番号			

2 再接種費用等

ワクチンの種類	再接種日	支払った額	※助成限度額	※請求金額

※助成限度額、請求金額は記入しないでください。

※請求金額は、支払った額と助成限度額のうち、いずれか低い金額になります。

3 振込先

金融機関名	銀行 信金 信組 農協	店名	本 店 支 店 出張所
預金種目	普通・当座	口座番号	
口座名義	フリガナ		

4 添付書類

- (1) 再接種に係る費用の領収書
- (2) 接種の記録が分かるもの(母子健康手帳の写し又は予診票の写し)