

小豆島町造血幹細胞移植等後のワクチン再接種費用助成金交付申請書

年 月 日

小豆島町長 殿

申請者 住 所：
 氏 名： (被接種者との続柄：)
 電話番号： - -

小豆島町造血幹細胞移植等後のワクチン再接種費用助成金の交付を受けたいので、小豆島町造血幹細胞移植等後のワクチン再接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

記

1. 被接種者

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名			
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		

2. 申請額

予防接種の種類	期・回	接種日	支払料金	上限額	請求金額※
		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
				合 計	円

3. 振込先

銀行名		支店名		口座種別	普通・当座					
フリガナ				口座番号						
口座名義										

4. 添付書類

- (1) 小豆島町造血幹細胞移植等後のワクチン再接種に関する医師の意見書（様式第2号）
- (2) 再接種に要した費用の領収書・明細書の原本
- (3) 予防接種を受けた記録が確認できるもの（母子健康手帳・予防接種済証等）
- (4) その他町長が必要と認める書類