様式第３号（第７条関係）

水巻町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成申請書兼請求書

水巻町長　様

水巻町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成事業実施要綱第７条に基づき、次のとおり申請（請求）します。また、審査に必要な情報の提供、確認及び調査に同意します。

申請日　　年　　月　　日

交付申請者	ふりがな		接種者との続柄	
	氏　名	印		
	住　所 連絡先	〒　　－ 電話		
被接種者	ふりがな			
	氏　名			
	生年月日	年　　月　　日（満　　歳　　か月）		
	住　所 連絡先	上記申請者と同じ場合は記入不要 水巻町 電話		

1.　予防接種の種類及び交付申請額　　※太枠は町で記入します。

予防接種の種類	接種日	接種費用 (A)	上限額 (B)	申請（請求）額 (A)と(B)のうち少ない額
	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
合　　計				円

2.　振込先

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 貯蓄	口座番号	番号（左づめで記入）	ふりがな	
				口座名義	
ゆうちょ銀行口座	店番	口座番号	番号（左づめで記入）	ふりがな	
				口座名義	

（添付書類）

（1）予防接種の記録が確認できる書類（「予防接種済証」又は「予診票の写し」等）

（2）領収書の写し（接種日、ワクチン名、料金、医療機関名が記載されているもの。レシート不可）

（3）交付申請者の振込先口座が確認できる書類