

年 月 日

筑前町長 宛

申請者 住所 筑前町
氏名

㊟

筑前町造血細胞移植後の任意再接種費用助成金交付申請書兼請求書

筑前町造血細胞移植後の任意再接種費用助成事業実施要綱第7条の規定により、次とおり助成金の交付を申請します。

1 被接種者

ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
------------	--	------	-------

2 接種の種類及び交付申請額

※太枠は町で記入します。

種 類	接種日	接種費用	上限額	申請額
	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

3 補助金振込先（申請者と同名義）

金融機関コード		農協 信金	店番		店 所
		信連 信組			
		銀行 漁協			
貯金種目（番号を○で囲んでください。）			口座番号（右詰めで書いてください。）		
1：普通 2：当座					
名義	(フリガナ)				

4 添付書類

- (1) 認定通知書又は助成認定者の健康保険証等の本人が確認できる書類
- (2) 任意再接種の接種日及び接種したワクチンが確認できる書類の写し
- (3) 任意再接種に要した費用の領収書又は支払証明書
- (4) 振込先金融機関口座が確認できる書類