

菰野町長 宛

(申請者)
住所 〒
菰野町
氏名
(被接種者との続柄)
電話番号

菰野町骨髓移植後等の予防接種再接種費用助成金交付申請書兼請求書

骨髓移植後等の予防接種再接種費用助成金の交付について、菰野町骨髓移植後等の予防接種再接種費用助成事業実施要綱第 6 条の規定により下記のとおり申請します。

記

被接種者名				
生年月日	年 月 日			
被接種者住所	菰野町			
接種医療機関				
予防接種の種類	接種年月日	支払金額 (A) (税込額)	菰野町の接種料金 (B)	申請額 (A と B の いずれか低い方)
	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
申請額 (合計)				円

振込先	銀行 農協 金庫	本店	預金種別	口座番号						
		支店	1 普通							
		出張所	2 当座							
	フリガナ									
	口座名義人									

私は、上記の口座名義人に骨髓移植後等の予防接種再接種費用助成金の受け取りを委任します。
年 月 日 申請者氏名

※ 申請者と口座名義人が異なる場合は、上記の委任欄に申請者の署名が必要です。
※ 領収書及び予診票を添付してください。

