

音更町骨髄移植患者等ワクチン再接種費用補助金交付申請書

年 月 日

音更町長 宛て

申請者（保護者） 住 所  
氏 名  
電話番号

㊞

音更町骨髄移植患者等ワクチン再接種費用補助金交付要綱第9条の規定に基づき、次のとおり補助金の交付を申請します。

なお、必要があるときは、下記事項について音更町長が医療機関に確認を行うことに同意します。

接種対象者	住 所	※申請者と同一の場合は、記入不要		
	(フリガナ) 氏 名			
	生年月日	年	月	日
ワクチン名		接種年月日		接種費用
				円
				円
				円
				円
				円
補助金申請合計金額				円
振込先	金融機関名	銀行・金庫 農協・信用組合		本店・支店 支所・出張所
	口座種別	普通・当座	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人			

添付書類

- （1）予防接種実施医療機関の領収書（接種対象者の氏名、接種日、ワクチン名、料金及び医療機関名が記載されたもの）
- （2）予防接種予診票又は当該履歴が確認できるものの写し
- （3）振込先金融機関通帳の金融機関名、支店、口座番号及び口座名義人氏名が記載されているページの写し