

寒川骨髄移植等予防接種再接種費用助成金交付申請書

年 月 日

(宛先)寒川町長

申請者 住 所  
氏 名 (続柄 )  
電話番号

寒川町骨髄移植等予防接種再接種費用助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。  
なお、この申請に基づく助成金の交付にあたり必要な場合には、医療機関に町が問い合わせることに同意します。

再接種者 (接種を受けた人)	氏 名	[フリガナ: ]			
	生年月日	年	月	日	
	住 所				
接種の内容	別添のとおり				
予防接種の種類・期別	接種日	接種費用 (A)	償還限度額 (B)	申請額 (AとBのいずれか少ない額)	
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	
<b>申請額合計</b>				円	

※助成金を振り込む口座をご記入ください。

金融機関名	銀行(農協・金庫)	支店名							
フリガナ		口座番号							
口座名義人		普通・当座							

- 備考 この申請書には、次の書類を添付してください。
- (1) 予診票(寒川町提出用)又は予防接種の内容が確認できる書類(母子健康手帳等)
  - (2) 医療機関が発行した領収書
  - (3) 振込先口座番号及び口座名義人が記載された通帳の写し等
  - (4) その他町長が必要と認める書類