様式第５号（第７条関係）

篠栗町造血細胞移植等医療行為後の任意予防接種費用助成申請書兼請求書

篠栗町長　様

年　　月　　日

認定申請者 住 所

氏 名　　（電話）

篠栗町造血細胞移植等医療行為後の任意予防接種費用助成事業実施要綱第7条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請（請求）します。

記

１ 被接種者

氏名（ふりがな）		生年月日	年　　月　　日
住所	□上記申請者と同じ		

２ 予防接種の種類及び交付申請額

（※太枠欄は町で記入します。）

予防接種の種類	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
	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　（請　求　）額　合　計				円

３ 助成金振込先（申請者と同名義）

（金融機関名） □銀行　□農協　□信組	□普通 □当座	口座番号								
（支店名） □本店　□支店　□支所	口座名義人 （カナ）									

４ 添付書類

(1)　第４条第２項の規定により通知を受けた篠栗町造血細胞移植等医療行為後の任意予防接種費用助成対象認定通知書

(2)　認定任意予防接種の接種日及び接種したワクチンが分かる書類の写し

(3)　認定任意予防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の写し

(5)　その他町長が必要と認める書類