

様式第 1 号（第 5 条関係）

神崎町造血細胞移植等による定期予防接種の再接種費用助成金交付申請書

年 月 日

神崎町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

神崎町造血細胞移植等による再接種費用の助成を受けたいので、神崎町造血細胞移植等による定期予防接種の再接種費用助成金交付要綱第 5 条の規定により、次のとおり申請します。

被接種者	ふりがな				
	氏 名				
	生年月日	年	月	日	(歳)
	住 所	神崎町			
助成申請額		円			
予防接種	種 類				
	接 種 日	年	月	日	
	接種医療機関等の名称				
振込先	金融機関名	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協			本店 支店
		種 目	普通（総合）・当座	口座番号	
	口座名義人	ふりがな			
		氏 名			

添付書類

- 1 造血細胞移植等による再接種に関する医師の意見書（様式第 2 号）
- 2 神崎町造血細胞移植等による定期予防接種の再接種費用の明細書（様式第 3 号）
- 3 再接種に要した費用の領収書
- 4 定期予防接種を受けた記録が確認できる書類（母子健康手帳の写し等）
- 5 振込口座のわかるもの（通帳の写し等）
- 6 その他町長が必要と認める書類