

様式第3号（第7条関係）

年 月 日

五霞町長 様

申請者 住 所 五霞町
氏 名
接種者との続柄
電話番号

五霞町造血幹細胞移植に係る予防接種再接種費用助成金交付請求書

年 月 日付け 第 号で交付の決定を受けた五霞町造血幹細胞移植に係る予防接種再接種費用助成金について、下記のとおり請求します。なお、五霞町が指定口座に助成金を振り込んだときは、受領したものと認めます。

記

1 請求額 _____ 円

2 請求内容

対象者氏名	
生年月日	年 月 日 (歳)
予防接種の種類 及び接種日	(接種日 年 月 日)
	(接種日 年 月 日)
	(接種日 年 月 日)

添付書類

- 領収書（接種したワクチン名・接種日・接種者氏名が記載されたもの）
- 母子健康手帳等の予防接種記録の写し

3 振込先

金融機関名	支店名	分類	口座番号	口座名義（カタカナ） <small>*通帳の表記のとおり御記入ください。</small>
銀行	本店 支店	普通 当座		