

年 月 日

北谷町長 様

申請者（助成対象者又は保護者）

住 所

氏 名 印

（助成対象者との続柄： ）

電話番号

北谷町骨髄移植等後のワクチン再接種費用助成金交付申請書兼請求書

北谷町骨髄移植等後のワクチン再接種費用助成事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。なお、交付決定後は、次に指定する口座への振込みにより支給されるよう請求します。

1 助成対象者

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏 名			
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	<input type="checkbox"/> (北谷町)		

2 再接種した予防接種の種類及び接種費用の合計金額

再接種した予防接種の種類	裏面に記載のとおり
接種費用の合計金額	円

3 助成金の振込先

金融機関・支店名		支店・支所
預金種別	普通 ・ 当座 ・ その他 ()	
口座番号		
口座名義人	(フリガナ)	

< 申請に必要な添付書類 >

- 1 再接種費用に係る領収書等の写し（助成対象者の氏名、再接種の種類、再接種を受けた日、金額及び医療機関名が記載されているもの）
- 2 北谷町骨髄移植等後のワクチン再接種費用助成に関する意見書（第2号様式）
- 3 骨髄移植等の前に受けた定期予防接種の履歴が確認できるものの写し（母子健康手帳の写し等）
- 4 再接種の内容が記載されているものの写し（母子健康手帳の写し等）
- 5 振込先口座の金融機関名、支店名、預金種別、口座番号、口座名義人が確認できる通帳等の写し

令和●●年●●月●●日

北谷町長様

申請できる期間は、**再接種を受けた日から起算して1年以内**です。

上記期間を過ぎた場合、**申請を受理することができませんので、遅れることがないよう、ご注意ください。**

申請者（助成対象者又は保護者）

住所 北谷町字●●123番地■■7A°-ト101号

氏名 北谷 太郎 印

(助成対象者との続柄： 父)

電話番号 098-936-●●●●

北谷町骨髓移植等後のワクチン再接種費用助成金交付申請書兼請求書

北谷町骨髓移植等後のワクチン再接種費用助成事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。なお、交付決定後は、次に指定する口座への振込みにより支給されるよう請求します。

1 助成対象者

ふりがな	ちやたん はなこ	生年月日	令和●●年●●月●●日
氏名	北谷 花子		
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> (北谷町)		

2 再接種した予防接種の種類及び接種費用の合計金額

再接種した予防接種の種類	裏面に記載のとおり
接種費用の合計金額	66,300 円

3 助成金の振込先

金融機関・支店名	●●銀行	●●支店 支所
預金種別	普通	・ 当座 ・ その他 ()
口座番号	12345678	
口座名義人	(フリガナ) チャタン タロウ 北谷 太郎	

< 申請に必要な添付書類 >

- 再接種費用に係る領収書等の写し（助成対象者の氏名、再接種の種類、再接種を受けた日、金額及び医療機関名が記載されているもの）
- 北谷町骨髓移植等後のワクチン再接種費用助成に関する意見書（第2号様式）
- 骨髓移植等の前に受けた定期予防接種の履歴が確認できるものの写し（母子健康手帳の写し等）
- 再接種の内容が記載されているものの写し（母子健康手帳の写し等）
- 振込先口座の金融機関名、支店名、預金種別、口座番号、口座名義人が確認できる通帳等の写し

