

年 月 日

輪之内町長 様

申請者 住 所 輪之内町

氏 名 ①

電話番号

被接種者との続柄

輪之内町小児がん患者ワクチン再接種費用助成金交付申請書兼請求書

下記のとおり再接種を受けましたので、輪之内町小児がん患者ワクチン再接種費用助成金交付要綱第5条の規定に基づいて、助成金の交付を申請します。

被 再 接 種 者	住 所	〒503-02 輪之内町		
	フリガナ		生 年 月 日	
	氏 名		年 月 日生 (歳)	

再接種名	接種日	接種金額	接種医療機関名
	年 月 日	円	
	年 月 日	円	
	年 月 日	円	
	年 月 日	円	

振 込 先 口 座	金融機関	銀 行 庫 協		支 店 支 所 出張所 代理店			
		種別	普通・当座	口座番号			
	フリガナ	(〇を付けてください)		(右づめでご記入ください)			
	口座名義人 (申請者)						

- (添付書類) ①輪之内町小児がん患者ワクチン再接種費用助成に関する理由書(第2号様式)
 ②母子健康手帳等の骨髄移植手術その他の理由が生じる以前の定期予防接種の履歴が確認できるものの写し
 ③再接種に係る領収書(原本)
 ④再接種を受けた証明となるもの〔予防接種済証、予診票(いずれも写し)など〕
 ⑤ その他町長が必要と認める書類

※予防接種について必要な情報(疾病等の情報)がある場合は、関係医療機関に情報照会及び提供することに同意します。

※助成金交付にあたり、町税の未納の有無を確認し、町税に未納がある場合には、これを充てることに同意します。

申請者名 _____ ①

※以下の欄は記入しないでください。

助成決定額	円
-------	---