

様式第4号（第7条関係）

坂城町造血細胞移植後のワクチン再接種費用助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

坂城町長 宛て

申請者

住 所

氏 名

㊞

（被接種者との関係

）

電話番号

令和 年 月 日付け坂福健第 号で助成対象者の認定をされた坂城町造血細胞移植後のワクチン再接種費用助成金について、関係書類を添えて下記のとおり申請（請求）します。

記

1 被接種者

被接種者 氏 名		生年月日	年 月 日
住 所	長野県埴科郡坂城町		
電話番号			

2 予防接種

予防接種の種類	接種日	接種医療機関名	請求金額（円）
合計金額			

※裏面へ続きます。

3 振込先

金融機関名		支店・支所名称	
(フリガナ) 口座名義			
口座種別	普通・当座	口座番号	

4 添付書類

- (1) ワクチン再接種費用の領収書原本（接種日、ワクチン名、料金及び医療機関名が記載されたもの。）
- (2) ワクチン再接種の記録が記載されているものの原本又は写し（予防接種済証、母子健康手帳等）