

小川村造血細胞移植後のワクチン再接種費用助成金請求書

年 月 日

小川村長 様

申請者（保護者）

住所

氏名

㊞

（対象者との関係

）

電話番号

年 月 日付け 第 号で認定された予防接種について、関係書類を添えて下記のとおり請求します。

記

1 被接種者

被接種者 氏 名		生年月日	年 月 日
住 所			
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			

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（対象者の氏名、接種日、ワクチン名、料金、医療機関名が記載されたもの。）
- (2) 振込先金融機関口座が確認できる書類