

東松山市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成金交付申請書兼請求書

東松山市長 様

東松山市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成金交付要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		接種を受けた者との続柄
	氏名		
	現住所	〒	
	電話番号		

※申請者は、接種を受けた本人又は保護者に限ります。

被接種者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	<input type="checkbox"/> 同上		
	現住所	<input type="checkbox"/> 同上	〒	
申請理由		疾患名：（ ） 該当理由：該当するものに○をつけてください。 造血細胞移植（ 骨髄移植・末梢血幹細胞移植・さい帯血移植）を受けたため		

接種状況	予防接種の種類（回数）	接種年月日	負担した金額	助成金額
	( 回目)			
合計金額			円	円

助成金については、以下の指定口座への振込を依頼します。

振込先口座	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合						本店 支店
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号					
	フリガナ							
	口座名義人							
依頼人（申請者）氏名								

申請者氏名と異なる名義の口座に振込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。

※委任状  
 私は、上記口座名義人に助成金の受領に関する一切の権限を委任します。  
 年 月 日  
 申請者氏名 \_\_\_\_\_

