

年 月 日

八百津町長 様

申請者（保護者）住 所  
氏 名  
電話番号

八百津町小児がん患者ワクチン再接種費用助成金交付請求書

年 月 日付け 第 号で交付決定を受けた八百津町小児がん患者ワクチン再接種費用助成金に係る予防接種が下記のとおり完了したので、八百津町小児がん患者ワクチン再接種費用助成事業実施要綱第7条の規定により、関係書類を添付して報告し、併せて助成金の交付を請求します。

接種日	予防接種名	接種費用 (支払金額)	町 記 載 欄	補助上限額	補助金交付 決定額
年 月 日		円		円	円
年 月 日		円		円	円
年 月 日		円		円	円
年 月 日		円		円	円
助金交付決定 合計額					円

※助成金の額は、接種費用又は補助上限額のいずれか低い額とする。

【振込先】

金融機関の 名称等	銀行・信用金庫						本店・支店	
	農協						出張所	
<input type="checkbox"/> 普通	口座 番号						ふりがな	
<input type="checkbox"/> 当座							名義人	

関係書類

- 再度の予防接種を受けた医療機関名及び日付並びに再度の予防接種の種類が記載された領収書
- 再度の予防接種に係る予診票（接種医及び保護者の署名があるものに限る。）の写し又は母子健康手帳、予防接種済証その他の再度の予防接種を受けたことが分かるものの写し