

様式第 5 号（第 7 条関係）

年 月 日

嘉島町長 様

申請者 住所
氏名
(被接種者との関係)
電話番号

嘉島町造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日付け 第 号で助成対象認定を受けた嘉島町造血幹細胞移植後ワクチン再接種について、嘉島町造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成金交付要綱第 7 条の規定により、下記のとおり助成金を交付申請（請求）します。
記

助成金交付申請（請求）額 円

被接種者	氏 名			
	住 所	嘉島町		
	生年月日	年 月 日（満 歳）		
振込先	金融機関名	銀 行・信用金庫 信用組合・協同組合		
	支店名	本 店・支 店 支 所・出張所		
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

添付書類

- (1) 接種した医療機関が発行した領収書
- (2) 母子健康手帳又は再接種したことが確認できる書類の写し
- (3) その他町長が必要と認める書類