

大崎町長 様

申請者兼請求者 住所  
氏名  
電話番号  
対象者との続柄

大崎町造血細胞移植後ワクチン再接種費用助成事業交付申請書兼請求書

大崎町造血細胞移植後ワクチン再接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて以下のとおり申請及び請求します。

また、この助成を利用して受けた予防接種は、本人及び家族の意思に基づく「任意予防接種」であり、万が一健康被害等が生じた場合の補償手続きは、自身で独立行政法人医薬品医療機器総合機構に行うことについて、承知しています。

対象者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	生年月日	年	月	日（ 歳）
接種した予防接種		接種年月日		予防接種に要した費用
		年	月	日 円
		年	月	日 円
		年	月	日 円
		年	月	日 円
助成申請額及び請求額			円	
振込先	金融機関	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 金庫		<input type="checkbox"/> 本店（本所） <input type="checkbox"/> 支店（支所） <input type="checkbox"/> 出張所
	種 別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座番号
	口座名義人（カタカナで記入）			

※口座名義が申請者と異なる場合

上記、助成金の受領に関することを次の者に委任します。

年 月 日

受任者 住所  
氏名

申請者との続柄