

別 記

様式第 1 号（第 6 条第 1 項関係）

白子町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

（あて先）白子町長

白子町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 6 条第 1 項の規定により、次の誓約及び同意のうえ、関係書類を添えて申請します。また、申請者と口座名義人が異なる場合は、助成金の受領を口座名義人に委任します。

【誓約・同意事項】

- （1）助成金の交付決定に係る審査において、町が助成対象者の個人情報を閲覧し、及び関係機関に調査することに同意します。
- （2）助成金の支給後、本申請書の記載事項について虚偽であることが判明した場合や助成金の支給要件に該当しないことが判明した場合には、助成金を返還します。

申請日		年	月	日
申請者	フリガナ			
	氏名			
	住所	〒 -		
	日中連絡先	携帯	( )	／ 自宅 ( )

助成対象者	フリガナ			生年月日	年	月	日
	氏名						
	現住所	〒 -					
	申請額	※明細書の交付申請額欄の合計額を円 記入してください。					
振込先	金融機関名	銀行・組合 金庫・農協 ( )	本・支店 本・支所 出張所				
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号				
	フリガナ	※通帳の表記に合わせてください。					
	口座名義人						

【添付書類】

- 白子町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成明細書（別記様式第 2 号）
- 白子町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成に関する医師の意見書（別記様式第 3 号）
- 再接種をした実施医療機関の領収書の原本 ( )
- 予防接種の記録が記載されているものの写し ( )
- その他町長が必要と認める書類 ( )