

様式第3号（第8条関係）

志賀町小児がん等の治療後の任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

志賀町長 様

年 月 日付け第 号で認定決定を受けた志賀町小児がん等の治療後の任意予防接種が下記のとおり完了しましたので、志賀町小児がん等の治療後の任意予防接種費用助成事業実施要綱第8条の規定により、関係書類を添えて報告し、併せて助成金の交付を申請します。

(保護者) 申請者	住所	志賀町					
	フリガナ		続柄		電話番号		
	氏名			印			
被接種者 (接種を受けた方)	住所	志賀町 ※申請者と同じ住所の場合は記入不要					
	フリガナ		生年				
	氏名		月日		年	月 日 (歳)	
	申請するワクチン		接種日		接種費用 (支払金額)	助成上限額	助成交付決定額
		<input type="checkbox"/>	年	月	日	円	円
		<input type="checkbox"/>	年	月	日	円	円
		<input type="checkbox"/>	年	月	日	円	円
		<input type="checkbox"/>	年	月	日	円	円
		<input type="checkbox"/>	年	月	日	円	円
		<input type="checkbox"/>	年	月	日	円	円
		<input type="checkbox"/>	年	月	日	円	円
		<input type="checkbox"/>	年	月	日	円	円
		<input type="checkbox"/>	年	月	日	円	円
		<input type="checkbox"/>	年	月	日	円	円
	抗体検査料				円	円	円
医師意見書(文書料)				円	円	円	
					助成金申請 (請求)額	円	

助成金振込口座	<input type="checkbox"/>	① 届出済の子ども医療費助成金の振込口座 ※口座記入不要				
	<input type="checkbox"/>	② 下記の振込口座 ※振込口座【申請者名義の口座】を記入してください。※左詰め				
	金融機関	銀行 信用金庫 農協	支店名	口座番号	預金種別	普通
口座名義	(セイ)			(メイ)		