

様式第3号（第8条関係）

年 月 日

かほく市長 様

申請者
住 所
氏 名
電話番号

印

かほく市小児がん患者ワクチン再接種費用助成金交付申請書

年 月 日付け 第 号で認定決定を受けたかほく市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かほく市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。

記

1 請求金額 金 円

被接種者	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
接 種 医療機関	名 称			
	所在地			
接種日		受けた予防 接種の種類	接種費用 (支払金額)	補助上限額
年 月 日			円	円
年 月 日			円	円
年 月 日			円	円
			円	円

2 振込先

		銀行・金庫 農協・出張所				本店・支店	
<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 (該当に <input checked="" type="checkbox"/>)	口座 番号					ふりがな	
						口座 名義人	