

様式第2号（第6条関係）

年 月 日

（宛先）木曽岬町長

（申請者）

住 所 木曽岬町大字

氏 名

電話番号

木曽岬町骨髓移植後等の予防接種再接種費用助成交付申請書

木曽岬町骨髓移植後等の予防接種再接種費用助成事業の交付を下記のとおり申請します。

また、この助成の決定に関する事務手続の処理のため、木曽岬町が保有する個人情報を閲覧し、又は調査すること、及び医療機関等に問い合わせ、当該医療機関等から報告・回答を受けることについて同意します。

記

被接種者	フリガナ				申請者 との 続柄	
	氏 名					
	生年月日	年	月	日（ 歳 ヶ月 ）		
	住 所	木曽岬町大字				
接種医療機関	所 在 地 医療機関名					

予防接種の種類	接種年月日	接種費用(A)	木曽岬町の 接種料金 (B)	申 請 額 (AとBの いずれか低い額)
			合 計	

振込先	銀行	本店	預金種別	口座番号
	農協	支店	1. 普通	
	金庫	出張所	2. 当座	
	フリガナ			
	口座名義人			