

様式第4号（第7条関係）

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請求書

年 月 日

加須市長 様

請求者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

被接種者との続柄 ( )

電話番号 \_\_\_\_\_

年 月 日付け 第 号で交付決定の通知を受けた助成金について、加須市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7条の規定により、次のとおり請求します。

記

1 助成金交付請求額 金 円

2 振込先

金融機関名	本（支）店名	口座種別	口座番号
		普通・当座	
フリガナ			
口座名義			