様式第４号（第７条関係）

年　　　月　　　日

（宛先）土岐市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名 　　　　　　　　　　 ㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

土岐市小児がん患者ワクチン再接種費用助成金交付請求書

　　年　　月　　日付け　　第　　　号で認定決定を受けた土岐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土岐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 |   |  | 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 | 補助金交付決定額 |
| 年 　月 　日 |  | 円 | 円 | 円 |
| 年 　月 　日 |  | 円 | 円 | 円 |
| 年 　月 　日 |  | 円 | 円 | 円 |

２　振込先

|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　銀行・金庫　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　農協・出張所　　　　　　　　　　　　　　　本店・支店 |
| □普通□当座(該当に☑) | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  | ふりがな |  |
| 口 座名義人 |  |