様式第４号（第７条関係）

佐久市造血細胞移植後のワクチン再接種費用助成金交付請求書

　年　　月　　日

（請求先）佐久市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（保護者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（助成対象者との関係　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　年　　月　　日付け　　　第　　号で交付決定・確定のあった佐久市造血細胞移植後のワクチン再接種費用助成金を下記のとおり請求します。

記

１　被接種者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　　所 |  | | |
| 電話番号 |  | | |

２　助成金請求額　　　　　　　　　　　　　　　　　円

３　助成金振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 支店・支所名称 |  |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ)  口座名義人 |  | | |
| 口座種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| 委任状  ※申請者と口座名義が異なる場合のみ記入してください。 | ワクチン再接種費用助成金の受領については、上記口座名義人へ委任します。  氏名　　　　　　　　㊞ | | |