様式第９号（第15条関係）

年　　月　　日

造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成金請求書

大河原町長

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 | （〒　　　　-　　　　　） | | |
| フリガナ |  | | |
| 氏　　名 | ㊞ | | |
| 電話番号 |  | 被接種者との関係 |  |

年　　月　　日付で交付の決定の通知がありました標記の助成金について、造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成事業実施要綱第15条に基づき、下記のとおり請求します。

記

１　請求金額

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金　額 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |

２　振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先銀行 | 銀行・農協　　　　　　本店・支店  金庫・組合　　　　　　支所・出張所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| １ 普通  ２ 当座 | 口座番号 | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |
| 口座名義 | フリガナ |  |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**【注意事項】**

1. 口座名義は、原則、申請者と同じ方になりますのでご注意ください。なお、口座名義と申請者が異なる場合は、委任状の提出が必要となります。
2. ゆうちょ銀行口座への振込みを希望される方は、通帳の記号・番号ではなく、「振込用口座番号」が必要になりますので、「振込用口座番号」が不明な場合は、事前にゆうちょ銀行・郵便局の窓口で「振込用店番・口座番号」を通帳に印字してもらってください。