

様式第 3 号（第 7 条関係）

羽咋市骨髓移植等の治療後の任意予防接種費用助成金交付請求書

年 月 日

羽咋市長

住 所 羽咋市 町

対象者との続柄

申請者名 ()

電話番号

私は、羽咋市骨髓移植等の治療後の任意予防接種費用助成金交付要綱第 7 条の規定により、次のとおり助成金の交付を申請します。

請求額 円

1 対象者

氏名	フリガナ	生年 月日	年 月 日 (歳 か月)
住所	☐ 申請者と同じ		

2 振込口座

銀 行 信用金庫 農 協	本店 支店	フリガナ
		名義人
普通・当座	口座番号	年 月 日生

3 添付書類

- ・別紙 1 申請額内訳
- ・医療機関発行の領収書、明細書
- ・母子健康手帳の写し
- ・振込先の分かる通帳等のコピー