様式第８号（第１１条関係）

年　　月　　日

村田町造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成金請求書

村田町長

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 | （〒　　　　　－　　　　　） | | |
| フリガナ |  | | |
| 氏名 | 印 | | |
| 電話番号 |  | 対象者との関係 |  |

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、村田町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１１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



**【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ゆうちょ銀行を選択された場合は、「振込用の店名・預金種目・口座番号（7桁）」（通帳見開き下部に記載）をご記入ください。「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。

③振込先金融機関口座確認書類を裏面に添付してください。