

様式第3号（第6条関係）

骨髄移植等による予防接種再接種費用補助金実績報告書

年 月 日

ふじみ野市長 宛て

申請者 住所

氏名

印

※ 自署の場合は、押印は不要です。

年 月 日付け 第 号で交付決定のあった骨髄移植等による予防接種再接種費用補助金について、下記のとおり補助の対象となる再接種が完了したので、ふじみ野市骨髄移植等による小児への定期予防接種再接種費用補助金交付要綱第6条の規定により報告します。

記

再接種者	住所	ふじみ野市		
	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	年	月	日（満 歳 か月）
再接種を受けた 予防接種の種類				
接種医療機関の 名称及び所在地				
再接種の年月日				
再接種に要した額		円		
振込 口座	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・支店 出張所
	フリガナ		預金種目	当座 普通
	口座名義人		口座番号	