

(様式1)

B型肝炎ワクチン接種費用助成願

年 月 日

香川県立保健医療大学後援会長 殿

所 属 保健医療学部(学科)
学 年 年
学籍番号
氏 名

下記のとおり、ワクチンの接種を受けたので助成願います。

区 分		費 用 (円)	接種年月日	医療機関名
B 型 肝 炎 ワ ク チ ン	1回目			
	2回目			
	3回目			
	費用合計			
振込口座 (間違えないように記入)	(振込金融機関を記入してください。) 銀行名 銀行 支店 科 目 普通 当座(いずれかに○を付けてください。) 口座番号 口座名(カナ) 口座名(漢字)			
※交付決定額				

- 添付が必要な書類
・領収書等接種ワクチン、接種年月日、医療機関及び費用が証明できる書類 (コピー可)
- 振込口座が確認できるものをご持参ください
- ※印は記入しないでください。