

# B型肝炎ワクチン接種補助金申請書

年 月 日

横浜薬科大学後援会会長 殿

B型肝炎ワクチンを接種しましたので、領収書を添えて補助金の支給を申請します。

| 補助金額    | 学籍番号 | 学年 | 氏名 |
|---------|------|----|----|
| 7,000 円 |      |    |    |

## 《 申請上の注意事項 》

- 対象者 実務実習に参加する4年生
- 補助金額 7,000 円（本年度内1回限り）
- 補助金交付期間 2025年6月24日（火）～2026年3月27日（金）  
平日9:00～16:00/土曜日9:00～13:00
- 添付書類 接種した医療機関が発行した「**領収書（原本）2回分**」を裏面に貼り付けてください。  
領収書がない場合は接種証明書のコピーでも可とします。
- その他  
領収書には下記の記載が必要です。
  - 接種日
  - 接種を受けた方の氏名（フルネーム）
  - 医療機関名
  - 単価※「B型肝炎ワクチン」と記載されているかご確認ください。

学生課申請受付印