

B型肝炎ワクチン接種補助金申請書

令和 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 令和6年6月1日（土）～令和7年3月24日（月）
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