

予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

瑞穂町長 あて

申請者 氏 名 _____
 住 所 _____
 電話番号 _____

瑞穂町里帰り等定期予防接種費用助成金交付要綱第6条第1項の規定により、下記のとおり申請及び請求します。なお、この申請に当たり、瑞穂町が住民基本台帳等を閲覧し、及び予防接種実施医療機関等に問い合わせることに同意します。

記

1 被接種者

※太枠内のみ記入してください。

被接種者氏名	(ふりがな)	生 年 月 日	年 月 日
--------	--------	---------	-------

2 接種した予防接種

予防接種の種類	接 種 日	支 払 額	当該年度の町の 接種委託料	当該年度の町のワ クチン購入単価	請 求 額
	年 月 日	円	円	円	円
	年 月 日	円	円	円	円
	年 月 日	円	円	円	円
	年 月 日	円	円	円	円
	年 月 日	円	円	円	円
請求額合計					円

3 振込先

金 融 機 関 名	銀行 信用金庫 農協			本店 支店 支所
口 座 種 別	普通 ・ 当座	口 座 番 号		
(フ リ ガ ナ) 口 座 名 義 人	()			

4 添付書類

- (1) 予防接種の実施に係る領収書の写し
- (2) 母子健康手帳、予防接種済証等の予防接種の記録が記載されている書類
- (3) 予診票の原本又はその写し