

おいらせ町県外定期予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

おいらせ町長 様

(申請者)
住所： _____

氏名： _____
(対象者との続柄： _____)
電話番号： _____

定期予防接種費用の助成金を受けたいので、おいらせ町県外定期予防接種費用助成事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

申請金額 円

1. 対象者

被接種者氏名		生年月日	
--------	--	------	--

2. 定期予防接種費用

接種医療機関名： (住所)

予防接種の種類	接種日	支払額	基準額 (町記入欄)	補助金額 (町記入欄)
合計				

※補助金額は、支払額と基準額（おいらせ町が委託医療機関と接種日の属する年度に委託契約する額）のいずれか低い金額になります。

3. 振込先

金融機関名		支店名	
口座名義人（ふりがな）	()		
口座種別	普通・当座	口座番号	

4. 添付書類

- ☐ 接種した医療機関の領収書（種類と接種日がわかるもの） ☐ 予診票の原本又は写し
☐ 予防接種の記録が記載されているものの写し（母子健康手帳、予防接種済証等）
☐ 振込先の口座情報 ☐ その他町長が必要と認める書類