

川辺町任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

川辺町長 様

申請者 住所  
氏名  
連絡先

下記のとおり任意予防接種を実施しましたので、川辺町任意予防接種の実施及び助成に関する要綱第5条第3項の規定に基づき、必要書類を添えて申請し、助成金を請求します。なお、金額などの確認のため必要な場合は、医療機関等に対して内容等を照会することに同意します。

また、带状疱疹予防接種を受けた場合においては、過去に川辺町及び他の市町村で带状疱疹予防接種に係る助成金等の交付を受けていないことを確約します。

記

予防接種の種類			
申請額（請求額）	金 円	加茂医師会と締結した額	1回.....円
		実際に接種に要した額 ①	円(助成 円)
		②	円(助成 円)
		計	円(助成 円)
被接種者	氏 名		
	生年月日	年 月 日 生まれ	
1回目接種	接種日	医療機関名（接種機関）	接種金額 ①
	年 月 日		
2回目接種	接種日	医療機関名（接種機関）	接種金額 ②
	年 月 日		

※小児インフルエンザを接種した場合は、申請者欄には保護者名をご記入ください。

【振込先】

金融機関名	銀行・信用金庫 ・農業協同組合		本店・支店・出張所
種 別	普通 ・ 当座	口座番号	
(ゆうちょの場合) 記号番号			
フリガナ			
口座名義人			

(添付書類) ①接種した医療機関が発行した予防接種の領収書

②接種履歴がわかる母子健康手帳又は接種の確認ができる接種証明等

(注意事項) 申請額（請求額）は、実際に予防接種に要した費用と、町が加茂医師会との間で締結した金額のうち、いずれか少ない額とする。