様式第5号（第9条関係）

上郡町定期予防接種再接種費用助成金支給申請書

接種対象者	住　　所	兵庫県赤穂郡上郡町		
	フリガナ		性 別	男 ・ 女
	氏　　名			
	生年月日	年　　月　　日		
	電話番号			

予防接種名 ※書ききれない場合は、裏面に記載してください	接種年月日	接種費用	※上郡町記入欄	
			助成上限額	申請金額
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
助成申請合計金額			円	

振込先（申請者名義）	金融機関名	銀行 信用金庫 農業協同組合	本店 支店	
	種 別	普通 ・ 当座	口座番号	
	（フリガナ）			
	口座名義人			

上記のとおり定期予防接種再接種費用助成金の支給を申請します。

兵庫県再接種助成事業の申請に必要な接種対象者及び接種対象者と同一の世帯に属する者の税務情報による所得等並びに住基情報等による調査を承諾します。

年　月　日

兵庫県赤穂郡　上郡町長 あて

申請者　住　所　赤穂郡上郡町

氏　名　　印

（個人番号:　　）

※口座名義欄に申請者氏名以外を記入する場合は下記の委任状に記入・押印が必要です。

委 任 状	私は、上記口座名義人を代理者と定め、予防接種再接種費用助成金の受領に関する権限を委任します。 申請者氏名　　印

【添 付 書 類】

□予防接種をしたことが分かる領収書と内訳の原本(金額、氏名、予防接種の種類が記載されているもの。お返しできません)

□予防接種予診票又は当該予防接種の履歴が確認できるもの（親子（母子）健康手帳の写し）

注）接種日から1年以内に上郡町保健センターへ申請してください。

注）助成額は、町が規定する各予防接種単価を上限とします。

注）抗体検査や医師が記入する理由書等の文書料は助成の対象外です。

予防接種名	接種年月日	接 種 費 用	※上郡町記入欄	
			助成上限額	申 請 金 額
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円