

上郡町風しん予防接種費用助成申請書

年 月 日

上郡町長 あて

申請者

住 所 上郡町

氏 名

電話番号 () -

下記のワクチンを接種しましたので、必要書類を添付し接種費用の一部助成を申請します。なお、本申請の審査に必要な範囲で、住民票等の確認を行うことに同意します。

被接種者	住 所	上郡町							
	フリガナ								
	氏 名							性 別	男・女
	生年月日	年		月	日		(歳	カ月)
接種を受けた医療機関									
予防接種名		接種費用			助成額			※上限額	
<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合予防接種 <input type="checkbox"/> 風しん予防接種		円			円			麻しん風しん混合：7,005円 風しん：3,441円	
支給決定された助成金については、下記口座に振り込んでください。									
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								

※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署名が必要です。

委任状	私は、上記口座名義人を代理人と定め、予防接種費用助成金の受領に関する権限を委任します。 申請者自署
-----	--

※申請に必要なもの

- 医療機関発行の領収書・明細書(写し可)
- 親子健康手帳の内、当該予防接種を受けた記録が記載されたページの写しまたは問診票の写し
- 振込先の銀行口座及び口座名義人が確認できる書類(通帳の写し等)

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。