

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 (被接種者との続柄)

電話番号 () -

裏面「予防接種内訳書」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。

また、予防接種費用の一部助成支給申請にかかる事務を行うことにあたり、住民基本台帳を閲覧することを承諾します。

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	()都・道・府・県 医療機関名()								
助 成 金 申 請 額	円 (内訳は、「予防接種内訳書」のとおり) ※申請額は、裏面「予防接種内訳書」の助成金額合計欄の金額を記入してください。								
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 本店 信用金庫 支店 農業協同組合							
	種 別	普通 当座	口座番号						
	(フリガナ)								
	口座名義人								

※振込先を申請者名義以外の口座にする場合は、下記の委任状に記入が必要です。

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（予防接種費用とわかるもの。写し可。）
- 予防接種を受けたことが確認できる親子健康手帳（母子健康手帳）の写しまたは接種済証明書
- 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年以内に上郡町健康福祉課へ申請してください。

予防接種内訳書

予防接種名・回数	接種日	接種費用	助成金額
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
助 成 金 額 合 計			円