様式第１号(第５条関係)

令和　　年　　月　　日

　美浜町長　様

申請者(保護者)

住所

氏名

電話

美浜町幼児へのおたふくかぜワクチン予防接種費助成金交付申請書・請求書

　下記のとおり、おたふくかぜワクチン予防接種をしましたので、助成金を交付されたく、関係書類を添えて申請・請求します。

１　申請・請求額　　　　金額　　　　　　　　　　　　　　円

２　被接種者名等

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 氏名 |  | | |
| 住所 | 美浜町　　　　　　　第　　　　号　　　番地 | | | | | | |
| 他の助成による給付の有無 | 無　・　有（本事業以外からの助成）：給付額　　　　円 | | | | | | |
| 予防接種の状況 | 種類 | 接種日 | 接種時年齢 | | 接種金額 | | 接種医療機関名 |
| おたふくかぜ | 年　月　日 | 歳　　か月 | | 円 | |  |

３　振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 支店名 |  |
| 口座種別 | 普通　・　当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  | | |
| 口座名義人 |  | | |

【備考】予防接種を受けた日の属する年度の末日までに申請してください。

【添付書類】(１)医療機関が発行する支払証明書（領収書）

　　　　　　(２)医療機関が発行する接種証明書

　　　　　　(３)町長が必要と認める書類等