任意予防接種費用助成金交付申請書

羊	甲	ĦΤ	톤	职
ᆇ	-	щι	132	₩¥

申請者	住所			
	氏名			EI
	電話番号	()	

下記のとおり任意予防接種費用助成金の交付を申請します。

記

- 2.被接種者名等

フリガナ			_	, 1			—			
氏 名			:	王:	年月日		年	月	日	
住 所	申請者に同じ		1							
保険種別	国保・社保・共済・その他()			
	種類	接種	日		接種時年		接種料金	医療機	関名	
	インフルエンザ 1 回目	年	月	日		歳	円			
	インフルエンザ 2 回目	年	月	日		歳	円			
予防接種	ロタウイルス (1価・5価)1回目	年	月	日	歳	か月	円			
の状況	ロタウイルス (1価・5価)2回目	年	月	日	歳	か月	円			
	ロタウイルス (5価)3回目	年	月	日	歳	か月	円			
	おたふくかぜ	年	月	日	歳	か月	田			
	風しん単独又は 麻しん風しん混合	年	月	日		歳	円			

3 . 振込先

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

振込口座は、申請者本人名義のものに限ります。

【添付書類】

任意予防接種を受けたことを証明できる書類

任意予防接種に要した費用に係る領収書又は任意予防接種に要した費用を証明で きる書類

風しん抗体検査の結果を確認できる書類(風しん予防接種の場合)

様式第1号(第4条関係)

年 月 日

任意予防接種費用助成金交付申請書

美里	町長	殿

	+ 1 4	·申請者 <u></u> 申請者	主所							
	本人が	`申請 [氏名					(I	1	
			電話番号			(,)		
-	下記のとおり	任意予防接種費用助原		付す	F庫	請しまる	₹. /			
	, ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,		W 47 / C		- '	нь о от .		医療機関で支	払った額	汉
			記					は、上限額 1	0,000 円	₃
1	. 申請額	金	нО		д	也 <		のうち、少ない	•	
2	· 平明照 . 被接種者名						7	0,00,0,00	1 H C HO.	^ J
_	フリガナ	1.7								
				- :	生纪	年月日		年	月	日
	氏 名							•		
	住 所	申請者に同じ								
	保険種別	国保・社保・共済・	その他()		
		種類	接種	8		接種時年 歯		接種料金	医療機	関名
		インフルエンザ 1 回目	年	月	日		歳	円		
		インフルエンザ 2 回目	年	月	日		歳	円		
	予防接種	ロタウイルス (1価・5価)1回目	年	月	日	歳	か月	円		
	の状況	ロタウイルス (1価・5価)2回目	年	月	日	歳	か月	円		
		ロタウイルス (5価)3回目	年	月	日	歳	か月	医療機関で	支払った	額
		おたふくかぜ	年	月	日	歳	か月			
		風しん単独又は 麻しん風しん混合	年	月	日		歳	円		
3	. 振込先		-							
	4 - 1 1 1 1 1 1 1 1									

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

振込口座は、申請者本人名義のものに限ります。

【添付書類】

任意予防接種を受けたことを証明できる書類

任意予防接種に要した費用に係る領収書又は任意予防接種に要した費用を証明で きる書類

風しん抗体検査の結果を確認できる書類(風しん予防接種の場合)