

任意予防接種費用助成金交付申請書

美里町長 殿

申請者 住所 _____
氏名 _____ (印)
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

1. 申請額 金 _____ 円也
2. 被接種者名等

フリガナ		生年月日	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 ()				
予防接種 の状況	種 類	接種日	接種時 年 齢	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	
	ロタウイルス (1 価・ 5 価) 1 回目	年 月 日	歳 か月	円	
	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	円	
	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

本人が申請

申請者

住所

氏名

(印)

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

医療機関で支払った額又は、上限額 10,000 円のうち、少ない額を記入

1. 申請額 金 円也
2. 被接種者名等

フリガナ			生年月日	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 ()				
予防接種 の状況	種 類	接種日	接種時 年 齢	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	
	ロタウイルス (1 価・5 価) 1 回目	年 月 日	歳 か月	円	
	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	医療機関で支払った額
	おたふくかぜ	年 月 日	歳 か月	円	
	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）