

川島町長 様

申請者 住 所

氏 名

㊟

被接種者との関係

電話番号

川島町定期予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

川島町定期予防接種費用助成金交付要綱第5条の規定により下記のとおり申請します。
 なお、審査に際して確認等が必要な場合には、町が予防接種を受けた医療機関等に問い合わせすることに同意します。

記

被 接 種 者	住 所	〒			
	氏 名				
	生 年 月 日	年 月 日			
予防接種の種類	接種医療機関名	接種年月日	接種費用	基準額	備考
		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	
助成金交付請求額	金 円				

※上記の金額を下記の口座に振り込んでください。通帳をご確認の上ご記入してください。

金 融 機 関 名		預金種別	口 座 番 号
銀行 信用金庫 農協	本店 支店	普通 当座	
フリガナ			
口座名義			

注意1 申請の際には、次に掲げる書類を添付してください。

①予防接種に際し、受診した医療機関の間診票、負担した費用の額を確認することができる書類（受診した医療機関の名称及び予防接種日が明記された予診票、領収書）

②予防接種を受けた日の年齢が20歳未満の方は、母子健康手帳を持参してください。

注意2 申請は、予防接種を受けた日から起算して1年以内に行ってください。