

様式第1号（第4条関係）

川島町風しんの抗体検査費及び第5期の定期予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

川島町長 あて

川島町風しんの抗体検査費及び第5期の定期予防接種費用助成金交付要綱に基づき、次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、町が関係機関等に必要な確認を行うことに同意します。また、この申請が認められたときは、その助成金の金額を下記の振込先に振り込むことを依頼します。

申請者	(フリガナ) 氏名			生年月日
				年 月 日
	住所			
	電話番号			
受診した 医療機関		抗体検査	予防接種	
	名称			
	住所			
	電話番号			
	受診日	年 月 日	年 月 日	
	自己負担額	円	円	
添付書類	<input type="checkbox"/> 医療機関が発行した領収書の原本			
	<input type="checkbox"/> 抗体検査又は予防接種を受けたことが分かる書類			
	<input type="checkbox"/> 抗体検査の結果が分かる書類（予防接種に係る申請の場合に限る。）			
	<input type="checkbox"/> 無料クーポン券			
申請額	円			

振込先

金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所	預金種別	普通・当座
(フリガナ) 口座名義人		口座番号		

※申請額については、別表（第3条関係）に掲げる基準額を上限とし、自己負担額と基準額を比較していずれか少ない額とする。