

一戸町おたふくかぜワクチン接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

一戸町長 様

申請者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

被接種者との続柄 _____

電 話 _____

下記のとおり予防接種を行ったので、おたふくかぜワクチン接種費用助成を申請及び請求します。

記

(フリガナ)		男・女	生年月日	年 月 日
被接種者氏名				
接種を受けた医療機関	所在地 名 称			
接種日	受けた予防接種名		支払金額	
年 月 日 (接種日時点： 歳 か月)	おたふくかぜワクチン		円	

申請（請求）金額			円（助成限度額 4,000 円）		
振込先口座	金融機関	銀行 農協 信用金庫	本店 支店 支所 出張所		
	金融機関コード	支店コード			
	種別・口座番号	普通・当座			
	口座名義人	フリガナ		住所	
氏名			連絡先		
	生年月日	年 月 日			

【添付書類】

- ①領収書の写し
- ②接種内容（ワクチンの種類等）、被接種者氏名、接種日、医療機関名が確認できる書類の写し（予防接種済証、母子健康手帳、予診票の写しのいずれか）

伺い) 上記のことについて支出してよろしいか伺います。

課長	補佐	係長	課員	担当
				月 日