

吉野町任意予防接種費用助成申請書

吉野町長様

申請日 年 月 日

申請者住所	吉野町大字
フリガナ	
氏名	印
電話番号	() -
被接種者との続柄	

任意予防接種費用助成金の交付を受けたいので、予防接種費用の助成に関する要綱第3条第2項の規定に基づき、次のとおり申請します。また、助成金を下記の口座に振り込み願います。

1 接種内容

氏名	予防接種を受けた方	接種日の年齢	季節性インフルエンザ接種日	接種した予防接種		助成金の額
				接種日	接種日	
氏名		才	1回目	1回目	1回目	円
			年 月 日	年 月 日	年 月 日	
			2回目	2回目	2回目	
生年月日	年 月 日生		年 月 日	年 月 日	年 月 日	
氏名		才	1回目	1回目	1回目	円
			年 月 日	年 月 日	年 月 日	
			2回目	2回目	2回目	
生年月日	年 月 日生		年 月 日	年 月 日	年 月 日	
氏名		才	1回目	1回目	1回目	円
			年 月 日	年 月 日	年 月 日	
			2回目	2回目	2回目	
生年月日	年 月 日生		年 月 日	年 月 日	年 月 日	
					合計助成金の額	円

2 助成交付関係

助成申請額	円												
支払機関名	支店名		預金種別		口座番号								
	<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 代理店 <input type="checkbox"/> 出張所		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>								
<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信金	店番	カナ(必ず記入)											
		口座名義人名											

※ 太枠線内は、申請者にて、ご記入ください。

(添付書類) 医療機関発行の領収書・母子健康手帳又は接種したことが、確認できるもの

担当課で記入します

受付場所	保健センター	受付記録	書類 ・医療機関発行の領収書 ・予防接種済証または母子手帳(コピー)
------	--------	------	--