

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      |       |
| 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

|     | 予防接種を受けた方 | 接種日<br>の<br>年齢 | 季節性インフルエンザ<br>接種日 | 接種した予防接種     | 接種した予防接種     | 助成金の額 |
|-----|-----------|----------------|-------------------|--------------|--------------|-------|
|     |           |                |                   | 接種日          | 接種日          |       |
| 氏 名 | 年 月 日生    | 才              | 1回目<br>年 月 日      | 1回目<br>年 月 日 | 1回目<br>年 月 日 | 円     |
|     |           |                | 2回目<br>年 月 日      | 2回目<br>年 月 日 |              |       |
|     |           |                | 3回目<br>年 月 日      | 3回目<br>年 月 日 |              |       |
| 氏 名 | 年 月 日生    | 才              | 1回目<br>年 月 日      | 1回目<br>年 月 日 | 1回目<br>年 月 日 | 円     |
|     |           |                | 2回目<br>年 月 日      | 2回目<br>年 月 日 |              |       |
|     |           |                | 3回目<br>年 月 日      | 3回目<br>年 月 日 |              |       |
| 氏 名 | 年 月 日生    | 才              | 1回目<br>年 月 日      | 1回目<br>年 月 日 | 1回目<br>年 月 日 | 円     |
|     |           |                | 2回目<br>年 月 日      | 2回目<br>年 月 日 |              |       |
|     |           |                | 3回目<br>年 月 日      | 3回目<br>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<br><input type="checkbox"/> 代理店<br><input type="checkbox"/> 出張所 |     |          | <input type="checkbox"/> 普通<br><input type="checkbox"/> 当座 |  |  |      |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 銀行 |                                                                                              | 店 番 | カナ(必ず記入) |                                                            |  |  |      |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 農協 |                                                                                              |     | 口座名義人名   |                                                            |  |  |      |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 信金 |                                                                                              |     |          |                                                            |  |  |      |  |  |  |  |

※ 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<br>・医療機関発行の領収書<br>・予防接種済証または母子手帳(コピー) |
|------|--------|------|------------------------------------------|