**厚真町任意予防接種費用助成申請書**

（様式第１号）【第５条関係】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日厚真町長　様

　　　　　　　　　　　　申請者　　住　　所　厚真町

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　被接種者との関係

下記の任意予防接種を受けたので、接種費用の助成について関係書類を添えて申請します。

委託外の医療機関で接種した理由：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）被接種者氏名 |  | 被接種者生年月日 | 　　　年　　月　　日（　　歳） |
| 被接種者住所 | 厚真町 |
| ワクチンの種類 | 接種年月日 | 接種にかかった額 | 助成申請額 |
|  | 年　　月　　日 | 円 | 円 |
|  | 年　　月　　日 | 円 | 円 |
|  | 年　　月　　日 | 円 | 円 |
|  | 年　　月　　日 | 円 | 円 |
| 合　　　　計 |  | 円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 　　　　　　　　　銀行　　農協　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　信用金庫・信用組合　　　　　　　　　　　支店 |
| 預金種別 | 普通・当座・（　　　　） |  | ( ) |
| 口座番号 |  |

※添付書類　１）予防接種に要した金額を証明できる書類（領収書等）

　　　　　　　２）予診票の写し又は予防接種を受けたことがわかる書類

※以下は記入しないでください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 交付年月日 |  | 助成金額 | 　　　　　　　　　　　　円 |