

(様式第1号)【第5条関係】

厚真町任意予防接種等費用助成申請書

年 月 日

厚真町長 様

申請者 住 所：厚真町
氏 名：
電話番号：
被接種者との関係：

下記の任意予防接種等を受けたので、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		
被接種者の加入している医療保険	<input type="checkbox"/> 厚真町国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度	<input type="checkbox"/> 被用者保険 <input type="checkbox"/> 生活保護受給	※接種日時点でのもの
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・()	フリガナ 口座名義人	()
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
-------	--	------	---