

任意予防接種費助成金給付申請書兼請求書
(妊婦と子どものインフルエンザワクチン接種)

【償還払用】

年 月 日

美郷町長 様

請求者(保護者)	住 所	美郷町
	氏 名	(印)
	電話番号	

任意予防接種助成金の給付を次のとおり申請します。なお、申請に関連し、住所、接種状況等を調査することを承諾します。
助成金の給付が決定された際は、記載の口座に振り込み願います。

1 被接種者名等

予防接種を受けた者の氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日
--------------	------	------	-------

予防接種の種類	該当回数 (○で囲む)	接 種 日	接種費用	接種医療機関名
妊婦		年 月 日		
高校3年生に相当する年齢以下の者	13歳未満の者	・1回目	年 月 日	
		・2回目	年 月 日	
	上記以外の者		年 月 日	

2 請求額 _____ 円 ※助成対象範囲等は下表参照

インフルエンザワクチンの助成対象範囲等一覧

対 象 者	助成金の額
妊婦	全額
高校3年生に相当する年齢以下の者	

3 振込先

金融機関名	銀行 農協 金庫	支店名	本店・支店 本所・支所
口 座	種別・番号	普通・当座	
	名 義	フリガナ 氏 名	

添付書類として、下記の書類を添付してください。

- 接種費用の領収書
- 予防接種実施を証するもの(予診票、接種済証の写し、母子健康手帳の当該部分の写し等)

(役場記載欄↓) (年 月 日受付)

摘要	免・保・住・外・パ()	担 当