様式第3号(第5条関係)

【償還払用】

任意予防接種費助成金給付申請書兼請求書
(妊婦と子どもの新型コロナウイルス感染症予防接種)

年　　月　　日

美郷町長　様

請求者(保護者)

住　　所	美郷町
氏　　名	㊞
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

対象者	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		
12歳以上高校3年生に相当する年齢以下の者		年　　月　　日		
5歳～11歳	１回目			
	２回目			
生後6か月～4歳				

2　請求額　　円　※助成対象範囲等は下表参照

新型コロナウイルス感染症予防接種の助成対象範囲等一覧

対　　象　　者	助成金の額
妊婦と高校3年生に相当する年齢以下の者	全額

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	