

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

種類	対象者	接種日	接種費用	接種医療機関名
皮下接種	妊婦	年 月 日		
	13歳以上高校3年生に相当する 年齢以下の者	年 月 日		
	生後6か月以上	1回目	年 月 日	
	13歳未満の者	2回目	年 月 日	
経鼻接種	2歳以上高校3年生に相当する 年齢以下の者	年 月 日		

2 請求額 円 ※助成対象範囲等は下表参照

インフルエンザ予防接種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・ 出 張 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