様式第2号(第5条関係)

任意予防接種費助成金給付申請書兼請求書

【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	㊞
	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、接種状況等の調査、「任意予防接種の助成対象者範囲等一覧」の「対象者」欄①③該当するかどうかを住民基本台帳で確認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	接　種　日	接種費用	接種医療機関名
麻しん風しん混合ワクチン	年　　月　　日	①	
風しんワクチン	年　　月　　日	②	

2　請求額　　円

任意予防接種の助成対象範囲等一覧

種　　類　　別	対　　象　　者	助成金の額
麻しん風しん混合ワクチン	①　妊婦と同居している者 ②　妊娠を希望する女性又は妊娠する可能性の高い女性 ③　上記②の女性と同居している者	5,000円
風しんワクチン		3,000円

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	