

## 遠軽町定期予防接種助成申請書

年 月 日

遠軽町長 様

申請書（保護者）住 所 遠軽町

氏 名(自署)

(被接種者との続柄)

電話番号

下記の定期予防接種について、領収書等関係書類を添えて接種費用の助成を申請します。

なお、必要があるときは、下記事項について遠軽町が直接、接種医療機関に確認を行うことに同意します。

申請額 円 (※支払決定額 円)

| 被接種者 | 生年月日  | 性 別 | 摘要 |
|------|-------|-----|----|
| フリガナ | 年 月 日 | 男 女 |    |

| 予防接種名 | 接種した年月日 | 接種日の年齢 | 回数 | 摘要 |
|-------|---------|--------|----|----|
|       | 年 月 日   | 歳 か月   | 回目 |    |
|       | 年 月 日   | 歳 か月   | 回目 |    |
|       | 年 月 日   | 歳 か月   | 回目 |    |
|       | 年 月 日   | 歳 か月   | 回目 |    |
|       | 年 月 日   | 歳 か月   | 回目 |    |
|       | 年 月 日   | 歳 か月   | 回目 |    |
|       | 年 月 日   | 歳 か月   | 回目 |    |
|       | 年 月 日   | 歳 か月   | 回目 |    |
|       | 年 月 日   | 歳 か月   | 回目 |    |
|       | 年 月 日   | 歳 か月   | 回目 |    |
|       | 年 月 日   | 歳 か月   | 回目 |    |
|       | 年 月 日   | 歳 か月   | 回目 |    |

《申請に必要なもの》 領収証の原本、明細書の写し、母子手帳、振込先口座の預金通帳

※明細書に予防接種名と金額が記載されていることを確認してください。

【振込先金融機関】 ※振込先口座は、申請者名義の口座に限ります。

|              |       |                         |
|--------------|-------|-------------------------|
| 金融機関         | _____ | 銀行 信用金庫 農業協同組合 労働金庫 ( ) |
| 店舗名          | _____ | 本店 支店 本所 支所 ( )         |
| 口座番号 (普通・当座) | _____ |                         |
| 名義人 (カタカナ)   | _____ |                         |