

別記第5号様式(第9条関係)

串本町特別の理由による任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

串本町長 宛

申請者 住 所 串本町
氏 名 ⑩
被接種者との続柄 ()
電 話

串本町特別の理由による任意予防接種費用助成事業実施要綱第9条の規定に基づき、次のとおり関係書類を添えて申請及び請求します。

なお、申請内容について必要があるときは、町が保有する個人情報について閲覧、調査及び医療機関に問い合わせすることに同意します。

被接種者	住 所	串本町		
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名		電 話	
接種医療機関名				

※太枠内には記入しないでください

接種年月日	予防接種の種類	接種費用の額 A	契約額 B	申請(請求)額 (A又はBのいずれか低い額)
申請(請求)額合計				

口座 名義	名義 (カナ)										
	名義 (漢字)										
振込 口座	銀 行 等 (ゆうちょ銀行以外)	金融機関	銀行・金庫・農協				本店・支店・出張所				
		預金種別	普通・当座		口座番号						
	ゆうちょ銀行	種 別		記 号		番号(右詰めで記入)					
		総合口座(通常貯金)									

注1 添付書類

- (1)医療機関が発行した領収書の原本 (被接種者が再接種した種類と接種費用の額を確認できるもの)
- (2)予防接種予診票 (再接種時に使用し、接種医及び保護者の署名等必要事項が記載されているもの)
又は予防接種済証の写し

注2 振込先の口座名義は申請者名としてください。