様式第１号

　　年　　月　　日

河　南　町　長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　　（保護者等）続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

任意予防接種費用助成申請書兼請求書

記

下記のとおりワクチン接種費用の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

１．申請・請求金額　　　　　金額　　　　　　　　　円

２．被接種者名等

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 |  | |  | | 性別 | 男　・　女 | |
| 住　所 | |  | | | | |
| 生年月日 | | 年　　月　　日 | | 年齢 | 歳　　　か月 | |
| 助成申請額 | ワクチン名 | | 接　種　日 | | 自己負担額  (領収書の額) | | 申　請　額 |
| ﾛﾀﾘｯｸｽ　２回 | | 1. 年　月　日／②　年　月　日 | |  | |  |
| ﾛﾀﾃｯｸ　　３回 | | 1. 年　　　月　　　日 2. 年　　　月　　　日 3. 年　　　月　　　日 | |  | |  |
| おたふくかぜ２回 | | 1. 年　月　日／②　　年　月　日 | |  | |  |
| 沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合  （上限額1回につき5,000円） | | 5～ 7歳未満 　　　 年　　　月　　　日  11～13歳未満　　　　　　年　　　月　　　日 | |  | | （上限額1回につき  5,000円） |
| 合　　　計 | | | | |  | |  |
| ３．振込先 | | | | | | | |
| 振込先  金融機関 | | 銀行  　　　農協 | | 本店  　　支店 | | 種　別 | １　普通  ２　当座 |
| 口　座　番　号 | |  | | | |
|  | |  | | | |

【備　　考】　ワクチン接種を受けた日から1年を経過する日までに申請してください。

【添付書類】①接種費用の支払いを確認できるものの原本（領収書等）

②ワクチンの接種が確認できるもの（接種済証又は母子健康手帳等）

③母子健康手帳

④振込先口座情報を確認できる通帳等