

川越町A類疾病予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

川越町長 様

(申請者)
住 所 三重郡川越町大字
氏 名
電話番号

川越町A類疾病予防接種費用助成金の交付を受けたいので、川越町A類疾病予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり申請及び請求します。

記

フリガナ 被接種者氏名					生年月日	年	月	日
住 所 〔申請者と異なる場合に 記入〕	三重郡川越町大字							
予防接種の種類	申請額 (A)	ワクチン 接種日	上限額 (B)	申請額 (A と B のい ずれか低い額)				
	円	年 月 日	円	円				
	円	年 月 日	円	円				
	円	年 月 日	円	円				
	円	年 月 日	円	円				
	円	年 月 日	円	円				
申 請 額 (合計)	円	助成金交付決定 (請求額)			円			

住所要件、接種状況の調査に対する同意（同意される場合は□欄にレ点を付けてください。）

□この申請及び請求に関し、住所要件、接種状況の必要事項について、町が調査することに同意します。

助成金の振込先

金融機関名	種別	口座番号	フリガナ 口座名義人
銀行 信用金庫 農協	支店 支所	普通 当座	
ゆうちょ銀行	店		

- 注) 1. 太枠のみに記入してください。
 2. 振込口座は、申請者の口座をご記入ください。申請者は、被接種者又は保護者と口座名義人が同一であること。
 3. 助成金の額は、川越町A類疾病予防接種費用助成事業実施要綱第3条に定める金額とします。
 4. 必要書類：予診票（原本）、予防接種を実施した医療機関発行の領収書（原本）、医療機関の接種記録のある母子健康手帳を提示してください。