

## 周防大島町子育て支援任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

周防大島町長 様

申請者(口座名義人と同一人物)

住 所：周防大島町大字

氏 名：

電話番号：

下記のとおり任意予防接種を実施しましたので、関係書類を添えて助成金の交付を申請します。なお、この申請内容について、周防大島町が住民基本台帳等の閲覧及び医療機関へ接種等の確認をすることに同意します。

## 1 被接種者名等

フリガナ		生年月日	年 月 日
予防接種者氏名			

## 2 接種内容等

予防接種の種類	接種回数	接種日	接種医療機関名	接種費用	助成金額
おたふくかぜ	1回目	年 月 日		円	円
	2回目	年 月 日		円	円
合計				円	円

## 3 振込先

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店	預金種別	普通・当座
フリガナ		口座番号		
口座名義人				

※助成金額は、接種費用の2分の1となります。(1円未満切り捨て)

(添付書類)

- ・母子手帳の写し又は医療機関発行の予防接種済証の写し
- ・予防接種の実費支払額がわかる領収書の原本

## ○町処理欄

申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日
処理番号		備考	