

飯綱町おたふくかぜワクチン任意予防接種費助成金申請書兼請求書

年 月 日

飯綱町長

請求者（口座名義人と同一）

住所 飯綱町大字

氏名 印

（被接種者との続柄）

電話番号

下記のとおり、予防接種を受けたので、飯綱町おたふくかぜワクチン任意予防接種費用助成事業実施要綱第8条の規定により請求（申請）します。

この申請にあたり、必要に応じて、被接種者の住民登録資料、その他の情報を受診医療機関へ問い合わせること及び提供することに同意します。

1. 被接種者（接種を受けた方）

氏名	生年月日	住所
(フリガナ)	年 月 日	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 飯綱町大字

2. 予防接種の状況（助成を受ける予防接種）

予防接種名	接種日	接種費用	請求額（助成額）
おたふくかぜワクチン	年 月 日	円	円
医療機関名			

添付書類

- ・接種医療機関発行の領収書原本
- ・予診票（写し）又は母子健康手帳（予防接種記録の確認ができる欄の写し）

3. 振込先

金融機関名	銀行・信用金庫 農協・郵便局		本店 支店・支所
種 別	普通 ・ 当座	口座番号	
口座名義人 (申請者と同一)	(フリガナ)		