

様式第7（第9条関係）

# 【記入例】

## 東浦町定期予防接種費補助金

東浦町長

訂正がある場合は、二重線を引き訂正印を押してください。  
手書きも可です。  
※金額の訂正はできません。

予防接種を受けた方が18歳未満の方は保護者氏名を、18歳以上の方はご本人のお名前をご記入ください。  
振込先口座名義と一致させてください。

申請者住所 東浦町大字石浜子町1-1-1  
氏名 東浦 花子  
電話番号 0566-83-9677  
続柄 母

インターネットに基づき助成を受けたいので、下記のとおり申請及基本台帳を東浦町長が閲覧することに同意します。

補助限度額、助成金請求額（補助限度額合計）は、ご不明の場合は空欄でご提出ください。  
支払額は、病院に支払った金額です。

対象者確認欄 (該当する方に☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 県外にかか <input type="checkbox"/> 母の出産に <input checked="" type="checkbox"/> 県外（又は <input type="checkbox"/> 町外にある老人福祉施設に入所している場合 <input type="checkbox"/> その他（		
接種を受けた者の氏名	東浦太郎	生年月日（年齢）	昭和 平成 令和 ○年○月○日 (○歳)
種類	接種日	支払額	補助限度額
高齢者インフルエンザ	令和○年○月○日	○,○○○円	○,○○○円
		円	円
		円	円
		円	円
助成金請求額	○,○○○円		
振込先	金融機関名	銀行 本店 おだい 信用金庫 東浦 支店 農業協同組合	
	口座種別	普通	当座
	口座番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	
口座名義	(ふりがな) ひがしうら はなこ 東浦花子 (続柄 母)		

申請者の振込口座をご記入ください。

申請者ご本人の振込先を記入してください。児童が接種を受けた場合は保護者としてください。  
振込先口座をご記入ください。  
振込先口座の種類を添付してください。  
領収書（被接種者氏名、接種日、ワクチン名、金額が明記されたもの）、  
接種時の予防票（原本）、振込み先の名義及び口座番号がわかるものの写し（通帳のコピー等）