

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
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

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 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 checked="" type="checkbox"/> その他（ 里帰りのため ）			
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	
ロタリックス①	令和○年○月○日	○○,○○○円	15,235円	
ロタリックス②	令和○年○月○日	○○,○○○円	15,235円	
ヒブ①	令和○年○月○日	○,○○○円	9,119円	
肺炎球菌①	令和○年○月○日	○○,○○○円	12,485円	
B型肝炎①	令和○年○月○日	○,○○○円	7,194円	
四種混合	令和○年○月○日	○○,○○○円	11,825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。
接種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）