

様式第7（第9条関係）

東浦町定期予防接種費補助金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

東浦町長

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_  
続柄 \_\_\_\_\_

東浦町定期予防接種費補助金実施要綱に基づき助成を受けたいので、下記のとおり申請及び請求します。なお、審査のため、住民基本台帳を東浦町長が閲覧することに同意します。

記

対象者確認欄 (該当する方に☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 県外にかかりつけ医がいる場合 <input type="checkbox"/> 母の出産に伴い県外に滞在している場合 <input type="checkbox"/> 県外（又は町外）にある医療機関に入院している場合 <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	生年月日（年齢）	大正 年 月 日 昭和 _____ 平成 _____ 令和 _____ （ 歳）	
種類	接種日	支払額	補助限度額
	令和 年 月 日	円	円
	令和 年 月 日	円	円
	令和 年 月 日	円	円
	令和 年 月 日	円	円
	令和 年 月 日	円	円
助成金請求額	円		
振 込 先	金融機関名	銀行 本店 信用金庫 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) _____ (続柄 _____)	

※申請者は接種を受けた本人としてください。児童が接種を受けた場合は保護者としてください。また、振込先も申請者名義の口座をご記入ください。

※この申請書には、必ず次の書類を添付してください。

接種実施医療機関が発行した領収書（被接種者氏名、接種日、ワクチン名、金額が明記されたもの）、接種時の予診票（原本）、振込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）

※交付が決定した場合、交付決定通知書を送付します。申請者以外の住所へ送付を希望される場合は、余白部分に住所、郵便番号及び宛名をご記入ください。