

年 月 日

予防接種助成金交付申請書兼請求書

壬生町長 様

記入しないでください。

下記の予防接種を受けたので、助成金を交付されたく申請 (請求) いたします。

注意

申請者と口座名義は同じ名前で記入
(違う場合は委任状が必要です。)

申請者 住所 **壬生町通町 12-22**
氏名 **壬生 ます夫**
電話 **0282 (81) 1887**

印

支払金額	円
個人負担金	円
助成額	円

記入しないでください。

予防接種の種類		例) インフルエンザ予防接種		
1	接種者氏名	壬生 浪平	生年月日	昭和 28 年 10 月 30 日
	接種を受けた医療機関	〇〇 医院	接種年月日	令和 2 年 10 月 10 日
2	接種者氏名	壬生 ます夫	生年月日	昭和 62 年 11 月 20 日
	接種を受けた医療機関	□□ 病院	接種年月日	令和 2 年 10 月 10 日
3	接種者氏名	壬生 サザエ	生年月日	平成 2 年 12 月 30 日
	接種を受けた医療機関	☆☆ クリニック	接種年月日	令和 2 年 10 月 28 日
4	接種者氏名	壬生 たら夫	生年月日	平成 29 年 11 月 15 日
	接種を受けた医療機関	☆☆ クリニック	接種年月日	令和 2 年 10 月 28 日
5	接種者氏名		生年月日	年 月 日
	接種を受けた医療機関		接種年月日	年 月 日
指定振込口座	金融機関名	〇〇銀行 〇〇支店		
	(フリガナ)	ミフ マスオ		
	口座名義	壬生 ます夫		
	口座種別	普通・当座	口座番号	1234567

※申請に必要な物：領収書・母子健康手帳又は予診票 (写し)・印鑑・振込口座通帳

《申請にあたっての注意》

1 接種を受けた医療機関から予診票と領収書 (レシート不可) を受取りご持参ください。

※領収書の再発行等の諸経費は自己負担となります。

2 助成金の上限額は、壬生町予防接種助成金交付要領第 4 条に掲げる額となります。

3 助成金の請求できる期間は、接種した日から 1 年以内です。