

様式第5号

愛別町特別の理由による任意の予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

愛別町長 様

申請者 氏名 住所 電話番号 ㊟

次のとおり特別の理由による任意の予防接種費用助成金の交付を申請します。

接種対象者	氏名				
	生年月日	年 月 日			
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同一			
予防接種名	回数	接種年月日	接種費用	申請額	
	回目				
	回目				
	回目				
	回目				
	回目				

振込先

金融機関名		口座番号					
		普通					
ふりがな							
口座名義人							

添付書類

- ・予防接種に要した費用の領収書等（接種対象者の氏名、接種医療機関名、接種年月日が記載されているもの）
- ・予防接種済証などの接種を受けたことがわかる証明の写し

備考

申請額は接種費用と接種年度に愛別町が委託契約している委託契約単価を比較していずれか低い額となります。