

愛別町子ども任意予防接種費用助成申請書

愛別町長 様

申請者住所 \_\_\_\_\_

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印

下記のとおり任意予防接種を受けましたので助成金を交付されたく、関係書類を添えて申請します。

1. 申請金額 金 \_\_\_\_\_ 円 ※①～⑧の合計額

2. 子どもの氏名、生年月日

接種を受けた人	生 年 月 日
	年 月 日生

3. 接種日、接種料金、助成額

予防接種の種類		接種日	接種料金※	助成（申請）額
おたふく かぜ	1回目	年 月 日	円	※接種料金または3,000円のいずれか少ない金額 円 ①
	2回目	年 月 日	円	※接種料金または3,000円のいずれか少ない金額 円 ②
ロタウイルスワクチン [1価]	1回目	年 月 日	円	※接種料金または12,000円のいずれか少ない金額 円 ③
	2回目	年 月 日	円	※接種料金または12,000円のいずれか少ない金額 円 ④
ロタウイルスワクチン [5価]	1回目	年 月 日	円	※接種料金または8,000円のいずれか少ない金額 円 ⑤
	2回目	年 月 日	円	※接種料金または8,000円のいずれか少ない金額 円 ⑥
	3回目	年 月 日	円	※接種料金または8,000円のいずれか少ない金額 円 ⑦
季節性 インフルエンザ <sup>a</sup>	1回目	年 月 日	1回目と2回目の合計 円	※接種料金または5,000円のいずれか少ない金額 円 ⑧
	2回目	年 月 日		

※添付書類：領収書原本

4. 振込先

金融機関名	普通・当座	口座番号	
銀行	ふりがな		
信用金庫 支店	口座名義人		
農協			

