様式第１号（第４条関係）

大鰐町おたふくかぜワクチン接種費用助成金交付申請書

年　　月　　日

大鰐町長　殿

申請者　住所　大鰐町大字

氏名

被接種者との関係

電話番号

予防接種費用の助成を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。
なお、町が必要と認めるときは、この申請に係る住民基本台帳及び医療機関等における情報について、照会を行うことに同意します。

１　被接種者

フリガナ		生年月日	年　月　日 （　歳　か月）
氏　名			
住　所	大鰐町大字		

２　予防接種

予防接種の種類	おたふくかぜ	回数	回目
接種年月日	年　月　日		
接種費用	円	請求金額	※　円
接種医療機関	名称		
	住所		
	電話番号		

※請求金額は、大鰐町で使用するため記入しないでください。

３　振込先

金融機関名		支店名	
預金種別	当　座・普　通	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

※振込先の口座名義人は、申請者と同一の方としてください。

【 添付書類 】
□接種した医療機関等の領収書（接種した予防接種が確認できるもの）※原本に限る
□予防接種の記録が記載されているもの（母子健康手帳又は予防接種済証）
□振込先の金融機関、支店、預金種別、口座番号、口座名義（カナ）がわかる通帳等の写し