

大鰐町特別の理由による任意予防接種費用助成金請求書

年 月 日

大鰐町長 殿

請求者 住所 大鰐町大字
氏名
被接種者との関係
電話番号

特別の理由により、任意予防接種費用助成金の支給を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて請求します。なお、町が必要と認めるときは、この請求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	<input type="checkbox"/> 上記申請者と同じ 大鰐町大字		

2 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及び診療明細書（再接種した予防接種が確認できるもの）※原本に限る
- 予防接種の再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予診票の写し）
- 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