

太子町定期予防接種ワクチン接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

太子町長 宛

申請者 住所
氏名 印
連絡先 - -

下記のとおりワクチン接種費用の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。
なお、接種費用助成の確認に際し、本人（保護者）以外から情報収集することに同意します。

被接種者	氏名		性別	男・女	
	住所	太子町 (電話番号) - -			
	生年月日	年 月 日	年齢	歳 か月(週)	
は 保護者又 代理人	氏名	Ⓜ	続柄		
	住所	(電話番号) - -			
助成申請額 (別表第1参照)	番号	回数	接種日	自己負担額	申請額
			年 月 日	円	円
			年 月 日	円	円
			年 月 日	円	円
			年 月 日	円	円
			年 月 日	円	円
			年 月 日	円	円
			年 月 日	円	円
	合計			円	円
振込先 金融機関	銀行 農協		本店 支店	種別	普通・当座
	口座番号				
	口座名義	フリガナ (カタカナ)			

※太枠内は、申請者が被接種者本人の場合は記入の必要はありません。

【添付書類】

- ①医療機関が発行した領収書・明細書（原本）
- ②定期予防接種ワクチンを接種したことが確認できるもの（母子手帳・予防接種済証等）
- ③振込先口座情報を確認できる通帳等
- ④印鑑

申請受付印

上記の申請について、下記のとおり決定する。

支給決定額	円
支給決定年月日	年 月 日