

様式第1号

大泉町おたふくかぜ予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

大泉町長 様

〒

申請者 住 所
(保護者) 氏 名
電話番号
(対象児) 氏 名
生年月日 年 月 日

大泉町おたふくかぜ予防接種費用助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。なお、助成金の交付に必要な範囲で、関係職員が私の世帯の住民基本台帳の閲覧及び医療機関等にワクチンの接種の事実の確認を行うことに同意します。

記

1 対象児の過去のおたふくかぜ
罹患の有無

有	・	無
---	---	---

2 対象児に係る過去のこの助成金
の交付の有無

有	・	無
---	---	---

3 申請額 ※ _____ 円

※4 支払額調書のAとBを比較して少ない方の額を記入してください。

4 支払額調書

予防接種費用 A	限度額 B
円	3,000円

5 助成金の振込先

銀行・金庫 農協・組合	本店・支店 出張所	預金種類	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他	
金融機関コード	店舗コード	口座番号		
フリガナ				
口座名義人				

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下の委任欄に記入してください（申請者氏名は、本人が署名するか記名押印してください。）。

私は、上記口座名義人に大泉町おたふくかぜ予防接種費用助成金の受取を委任いたします。

年 月 日 申請者氏名

6 添付書類

- (1) 予防接種の領収書の写し(写真データを含む。)その他の医療機関が発行する申請者が予防接種を受けた事実を証する書類の写し(写真データを含む。)
- (2) その他町長が必要と認めるもの