

岬町予防接種料助成申請書

年 月 日

岬町長様

(申請者) 住所 _____

氏名 _____

被接種者との続柄 (_____)

電話 _____

岬町予防接種助成事業実施要綱の規定により下記のとおり、必要書類（領収書及び接種済証等）を添えて申請します。なお、助成金は下記へ振り込んでください。

(助成対象者)

ふりがな			生年月日
氏名		男女	年 月 日 () 歳
住所	1. 申請者と同じ 2. 申請者と異なるとき 岬町		
接種状況	予防接種実施日	年 月 日	
	医療機関名・市町村名		
	予防接種名		
予防接種を受けた理由	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> その他特別の事情（下記に理由を記載） [_____]		
振込先	銀行 _____ 支店・支所 _____		
預金種目	普通当座	口座番号	フリガナ _____ 口座名義 _____

※ 助成対象者本人又は同一世帯の方が申請してください。

なお、振込先は本人口座（未成年の場合は保護者、養育者）に限ります。

【保健センター記入欄】

予防接種個人負担額 ①	助成基準額 ②	自己負担基準額 ③	助成決定額 ④ (①と②の少ない方の額) － (自己負担基準額③)
円	円	円	円