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 |  | | | | | 男  女 | 生年月日 | |
| 氏　　名 |  | | | | | 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 | □入院中　　　　□入所中　　　□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 |