

(様式3)

豊能町予防接種費用助成申請兼請求書

令和 年 月 日

豊能町長 様

申請者 (未成年にあっては保護者)

住 所 豊能町

氏 名 ⑩

接種者との続柄 ()

連絡先 () -

豊能町予防接種事業実施要綱第8条第3項に基づき、次の接種費用の助成を申請し、請求します。

記

接 種 者	住 所 豊能町	
	氏 名	
	生年月日 (明・大・昭・平・令) 年 月 日生 (歳)	
接種したワクチン		
接 種 医 療 機 関	所在地 電話	
	医療機関名称	
	接種日 令和 年 月 日	
助成申請 (請求) 額	円 (算出根拠…裏面参照)	
振 込 先 (本人口座) *2	銀行 支店	預金種別 普通・当座
	フリガナ	
	口座番号	口座名義

* 2…接種者本人 (未成年者については保護者) の口座名義でない場合に記名押印

本助成金につきましては、上記口座に振り込まれますようお願いいたします。

接種者氏名 ⑩

(未成年者については保護者)

* 添付書類…予防接種の種類、接種日、被接種者、医療機関、支払金額がわかる書類
(問診票控え、領収書など)

(裏面)

●助成申請（請求）額の算出

	接種したワクチン			町確認欄
①医療機関への支払額	円	円	円	
②町の委託金額（町記入欄）	円	円	円	
③本人が負担すべき額 （§5、6）*1	円	円	円	
④助成申請（請求）額 （①と②の低い方の額－③）	円	円	円	

*1…自己負担免除に該当する方は、免除証明書（§6関係）若しくは免除理由に該当する証明書を添付、または下記の該当する項目に○を記載し、同意事項に同意し免除理由の確認を受けること。

[免除理由]

1. 生活保護法による被保護世帯に属する
2. 町民税非課税世帯に属する

町確認欄

[同意事項]

自己負担額を審査するため、私の個人情報（町民税課税状況等）を閲覧することに同意いたします。

令和 年 月 日

申請者氏名 _____ (印)