

(様式3)

豊能町予防接種費用助成申請兼請求書

年 月 日

豊能町長 様

申請者 (18歳未満にあつては保護者)

住 所 豊能町

氏 名 被接種者との続柄 ()

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ます。
なお、審査に際し、被接種者(接種を受ける者)及び保護者等の個人情報(町民税課税状況等)を閲覧することを承諾します。

記

被 接 種 者	住 所 豊能町			
	氏 名			
	生年月日 年 月 日生 (歳)			
接 種 医 療 機 関	名 称			
	所在地			
振 込 先 口 座 (※被接種者または 申請者の口座)	銀行	支店	預金 種別	普通・当座
	口座 番号		フリガナ	
			口座名義	
該当する世帯区分のいずれかに☑をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 1. 町民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 2. 生活保護世帯 (※証明書の提出が必要な場合があります。) <input type="checkbox"/> 3. 中国残留邦人等支援受給世帯 <input type="checkbox"/> 4. 上記1・2・3のいずれでもない				
本助成金につきまして、上記口座に振り込まれるようお願いいたします。 <p style="text-align: right;">申請者氏名 印</p>				

*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、母子手帳、領収書など)

太枠内をご記入ください。

内 訳	接種日	接種した ワクチンの種類	A 接種に かかった費用 (領収書の金額)	B 町の 委託金額 (各ワクチンで異なる)	C 本人が負担 すべき金額 (町民税非課税 または生活保護 の世帯は免除)	D 助成金額 (A-C), (B-C)の どちらか低い方	
	年 月 日						
	年 月 日						
	年 月 日						
	年 月 日						
	年 月 日						
	年 月 日						
	年 月 日						
	年 月 日						
	年 月 日						
	年 月 日						
	年 月 日						
	年 月 日						
	年 月 日						
	年 月 日						
	合計助成金額 (D 欄の合計)	金					円