

様式第1号(第5条関係)

申請日 年 月 日

(あて先) 多気町長 様

住 所 : 多気町

申請者 氏 名 :



電話番号 : ー

多気町麻しん・風しん(MR)ワクチン法定外予防接種費用助成金
交付申請書兼請求書

下記のとおり、多気町麻しん・風しん(MR)ワクチン(単抗原含む)法定外予防接種を受けましたので、助成金を交付されたく、関係書類を添えて申請します。

1 請求額 _____ 円

2 被接種者名等(予防接種を受けた方について記入してください。)

被接種者氏名	生年月日	接種日	接種金額	接種医療機関名
	H 年 月 日	H 年 月 日	円	

3 振込先(原則として、申請者の口座を指定してください。)

振込先	銀行		店名	本店						
	信用金庫	農協		支店 出張所						
種別	普通・総合・当座		口座番号 ※右づめで記入							
フリガナ										
口座名義人										

注1) 医療機関で発行された予防接種の領収書(原本)を添付してください。

注2) 予防接種を受けたことが確認できるものを持参してください。

(予防接種済証または、母子健康手帳へ記載されたものでも可能)

注3) 印鑑、振込口座の通帳(店舗名、口座番号のわかるページのコピー可)を持参してください。

※以下は記入しないでください。

書類確認欄	受付日	審査結果	交付 決定日	決裁		
				課長	係長	合議
<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 接種済証又は 母子手帳		1. 該当 2. 非該当				