

別記様式(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 : —

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 |
|--------|-------|-------|------|---------|
|        | 年 月 日 | 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<br>信用金庫<br>農 協 | 店<br>名          | 本店<br>支店<br>出張所 |  |  |  |  |  |  |
| 種別    | 普通 ・ 総合 ・ 当座      | 口座番号<br>※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)

※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<br>決定日 | 決裁 |    |    |
|-------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------|-----------|----|----|----|
|                                                                         |     |                 |           | 課長 | 係長 | 合議 |
| <input type="checkbox"/> 領収書<br><input type="checkbox"/> 接種済証又は<br>母子手帳 |     | 1. 該当<br>2. 非該当 |           |    |    |    |