

様式第1号（第5条関係）

千代田町おたふくかぜワクチン予防接種費用助成金申請書兼請求書

年 月 日

千代田町長 様

申請者 住所 千代田町

(保護者) 氏名 ㊞

被接種者との続柄 ()

電話

千代田町おたふくかぜワクチン予防接種費用助成金交付要綱第5条第1項の規定により助成を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請し、助成金を請求します。

なお、申請に基づく交付決定に当たり、千代田町が所有する情報を閲覧又は調査すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

1. 交付申請（請求）額 _____円

2. 接種状況

被接種者氏名		生年 月日	年 月 日 (歳)
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる（住所を記入してください。） 千代田町		
接種年月日	おたふくかぜワクチン		年 月 日
接種費用	円		

3. 振込先（申請者名義に限る）

金融機関名				本店・支店			
		銀行・信用金庫 農協・信用組合				本店・支店 出張所	
金融機関 コード				支店コード・ 店番			
預金種目	普通・当座	口座番号					
口座名義	フリガナ						
	名義人氏名						

4. 添付書類

医療機関が発行した領収書

予防接種を受けたことを証明する書類（母子健康手帳の写し等）