様式第８号（第10条関係）

年　　月　　日

長島町長

助成対象者　　住所：

氏名：　　　　　　　　　　　㊞

電話番号：

予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

　下記のとおり、必要書類を添えて接種費用助成金を申請及び請求いたします。

１　被接種者（認定番号：　　—　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | □助成対象者と同じ | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |

２　接種の種類及び交付申請額（※太枠は町で記入します。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 接種した予防接種 | 接種年月日 | 接種費用  （A） | 上限額  （B） | 申請額  （ABどちらか少ない額） |
|  | 年　 月　 日 | 円 | 円 | 円 |
|  | 年　 月　 日 | 円 | 円 | 円 |
|  | 年　 月　 日 | 円 | 円 | 円 |
|  | 年　 月　 日 | 円 | 円 | 円 |
| 助成申額合計額 | | | | 円 |

３　振込金融機関

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | | | 種別 | 口座  番号 |  |
|  | 銀行 | 農協 | 普通 |
| 金庫 | (　　　) | ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
|  | 支所 | 支店 | 当座 | 口座  名義 |  |
| 出張所 | (　　　) |

添付書類

１　接種した医療機関等が発行する領収書（被接種者の氏名、接種日、ワクチン名、料金、医療機関名が記載されたもの）

２　A類疾病のとき：接種記録が確認できる書類の写し（母子健康手帳など）

３　振込先を確認できる書類の写し（金融機関名、口座番号、口座名義人を確認できるページなど）

４　その他、町長が必要と認める書類