

出雲崎町任意予防接種費用助成申請書(償還払用)

年 月 日

出雲崎町長 様

住 所 出雲崎町大字

氏 名

続 柄(被接種者からみた関係)

電話番号

出雲崎町任意予防接種費用助成要綱第8条の規定に基づき、次のとおり助成を申請します。

ふりがな 被接種者氏名	生年月日	年 月 日	歳
予防接種の種類 (該当する番号1つに ○をつけてください)	1. 妊婦のインフルエンザ 2. 子どものインフルエンザ(1回目・2回目) 3. おたふくかぜ(1回目・2回目) 4. 妊婦の新型コロナウイルス感染症 5. 子どもの新型コロナウイルス感染症		
接 種 日	1回目: 年 月 日 2回目: 年 月 日	接種医療機関	
予 防 接 種 金 額	1回目: 円 2回目: 円	添 付 書 類	領収書・母子健康手帳の写し
振 込 先	金 融 機 関 名		
	銀行・信用金庫		本店
	農協・信用組合		支店
	口 座 番 号	口 座 名 義 人	
	普通・当座	(フリガナ)	

※口座は、被接種者の保護者の名義を記入のこと

●領収書がない場合は、医療機関で下記内容を記入してもらってください。

接 種 年 月 日	接 種 費 用
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
上記のとおり領収しました。 年 月 日	
医療機関所在地 名 称 代表者氏名	
⑧	

以下町記入

上記の申請について、以下のとおり決定してよろしいか お伺いします。	起案	・	・
	決裁	・	・
決 定	課長	補佐	係長・副参事
係			
<input type="checkbox"/> 助成する 助成決定額 円			
<input type="checkbox"/> 助成しない			