

年 月 日

池田町長 様

申請者 住 所 〒
(保護者) 池田町
氏 名 印
接種を受けた者との続柄 ()
電話番号

池田町任意予防接種費用助成事業申請書兼請求書

任意予防接種を受けましたので、池田町任意予防接種費用助成事業実施要綱に基づき、関係書類を添えて任意予防接種費用助成金を申請します。

接種を受けた者の 住所・氏名 生年月日		住 所 池田町						
		氏 名						
		生年月日		年		月 日		
予防接種名		おたふくかぜ ・ 高齢者肺炎球菌 ・ 成人風しん ・ インフルエンザ 帯状疱疹						
接種年月日 接種時の 月齢・年齢		1回目	年 月 日 (か月・歳)					
		2回目	年 月 日 (か月・歳) *帯状疱疹のみ					
請求額		*金額は保健センターで確認後、記入してください。 金 円 *任意予防接種に要した費用。1回の接種に要した費用に対して、別表に定める額を上限とする。ただし、接種費が上限に満たないときは、その額とする。また、助成対象となる回数は、被接種者1人につき別表に定める回数とする。						
振込先 *いずれかに記入	ゆうちょ銀行 以外の場合	金融機関名	銀行・農協 金庫・組合				本・支店 出張所	
		預金種別	普通 ・ 当座					
		口座番号						
		(ふりがな) 口座名義						
	ゆうちょ銀行 の場合	金融機関名	ゆうちょ銀行					
		記号一番号	—					
		(ふりがな) 口座名義						
申請受理年月日		年 月 日						

注) 太枠の中をご記入ください

(添付書類) 母子健康手帳又は予防接種済証等の接種記録・接種に係る領収書