

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・子どものインフルエンザ 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、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	金融機関名	銀行・農協 本・支店 金庫・組合 出張所
	預金種別	普通・当座
	口座番号	
	(ふりがな) 口座名義	
	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