

様式第4号 (第7条関係)

法定外予防接種費助成申請書				
			年 月 日	
高根沢町長 加藤 公博 様				
(申請者) 被接種者が未成年者であるときは、当該被接種者の保護者				
住 所 高根沢町				
氏 名				
電話番号				
被 接 種 者	ふりがな		生 年 月 日	
	氏 名	(男・女)	平成 年 月 日 令和 (満 歳)	
振込先 金融機関名		銀行 本店 農協 支店 信用組合 支所 信用金庫	種別	普通 ・ 当座
			口座番号	
			ふりがな	
			口座名義	

予 防 接 種 名	インフルエンザ ・ おたふくかぜ	予 防 接 種 日
予防接種を受けた 医療機関の所在地、 名称及び代表者名		年 月 日
		年 月 日

※上記医療機関に支払った額の領収書 (レシート不可) と予診票を添付してください。

(以下、事務局使用欄)

助成限度額
インフルエンザ (1回につき) 2,000円      おたふくかぜ (1回につき) 3,000円

決 裁	所長	係長	係		伺	年 月 日	
					決定	年 月 日	
					支給日	年 月 日	
審 査 結 果	1 承認 2 不承認 (理由 )					接種料金	円
						支給金額 (助成額)	円

※ 限度額を超えた分は自己負担