

様式第 3 号（第 8 条関係）

松野町子どもの任意予防接種費助成金交付申請書

年 月 日

松野町長 様

申請者 住 所 松野町大字
氏 名
続 柄
(電話 — —)

松野町子どもの任意予防接種費助成金の交付を受けたいので、松野町子どもの任意予防接種費助成事業実施要綱第 8 条の規定により申請します。

被 接 種 者 名	ふりがな 氏 名				
	生年月日	年 月 日 (歳)			
	現 住 所	松野町大字			
接 種 状 況	予防接種名	☐ インフルエンザワクチン ☐ おたふくかぜワクチン ☐ その他			
	接種日	年 月 日		年 月 日	
	医療機関				
助 成 請 求 額	予防接種名	接種費用 (A)	自己負担額 (B)	助成金額 (A - B)	
	インフルエンザ (1 回目)	円	1,000 円	円	
	インフルエンザ (2 回目)	円	1,000 円	円	
	おたふくかぜ (1 回目)	円	0 円	円	
	おたふくかぜ (2 回目)	円	0 円	円	
	その他	円	0 円	円	
	助成申請 (請求) 額 (A・B の計)			円	
振 込 先	フリガナ 口座名義人				
	金融機関	銀行・組合 金庫・農協	本店・支店 支所・出張所		
		種 別	普通 ・ 当座	口座番号	

【添付書類】・母子健康手帳の予防接種記録欄の写し又は予防接種済証の写し

- ・予防接種費用の領収書
- ・医師の診断書等 (その他の場合)