

任意接種

おたふくかぜ予防接種費用助成申請書

令和 年 月 日

名取市長あて 申請者(保護者)

〒

住 所

氏 名

続柄

日中連絡が取れる番号

電 話

(母携帯・父携帯・自宅)

次のとおり予防接種を受けたので、接種費用の助成申請をします。

| | | | | | |
|------------|--------|-----|-------------|--------------------------|---------------|
| 被接種者 | フリガナ | | 生年 月 日 | 令和 年 月 日 (接種時 満 歳) | |
| | 氏 名 | | | | |
| | 住 所 | 名取市 | | | |
| 予防接種 | 予防接種名 | | 接種月 日 | 支払金額 | 助成金額 ※記入不要 |
| | おたふくかぜ | | 令和 年 月 日 | 円 | 円 |
| 実施医療 機関 | 医療機関名 | | | | |
| | 所在地 | | | | |

※一部助成金額は2,500円です。

《振込先》 ※ 振込口座は、申請者名義の口座を記入してください。

| | | | | |
|-------|----------------------------|----------|------|----|
| 金融機関名 | 銀行 農協 ゆうちょ銀行 信用金庫 | 本店 支店 | 口座種類 | 普通 |
| フリガナ | | | 口座番号 | |
| 口座名義人 | | | | |

《添付書類》

☐ 領収書の写し (受けた予防接種の種類と金額がわかるもの。必要時明細書)☐ 母子健康手帳「予防接種の記録」の写し

受付者名

受付日付印