|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支給決定伺 | 町 長 | 副町長 | 課　長 | 主査 | 課長補佐 | 係 長 | 係 | 受 　付 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**予防接種費助成申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | | |  | | | | 生年月日 | | |  | |
| 住　　所 | | | 川本町大字 | | | | | | | | |
| 予防接種名 | | |  | | | | | | | | |
| 支払費用額 | | |  | | | 申請額 | |  | | | |
| 医療機関名 | | |  | | | | | | | | |
| 金融機関 | | 金融機関名  （　　　　　　　　　　）  支店名  （　　　　　　　　　　） | | 預金の種別 | 普通預金  当座預金 | | | | 口座名義（カタカナ） | | |
| 口座番号 | | |
| 上記医療機関（主治医）に於いて予防接種を受けたので領収書を添付し申請します。尚、振り込みは上記の金融機関へお願いいたします。  　令和　　年　　月　　日  住所　 川本町大字  電話番号    氏名　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | |
| 同　意　書  　風しん等予防接種ワクチン接種費助成決定のために、川本町が住民基本台帳による世帯員を確認し、並びに申請内容について医療機関に確認することに同意します。  　　氏名　　　　　　　　　　　 　印 | | | | | | | | | |
| 川　本　町　長　　様 | | | | | | | | | | | |