

支給決定 伺	町 長	副町長	課 長	主 査	課長補佐	記入例		受 付

予防接種費助成申請書

被接種者	川本 花子	生年月日	平成●年●月●日
住 所	川本町大字 川本△△△番地△△・・・		
予防接種名	風しん単独ワクチン または 麻しん風しん混合ワクチン		
支払費用額	〇,〇〇〇円	申請額	書かないでください
医療機関名	〇〇クリニック		
金融機関	金融機関名 ()	預金 普通預金	口座名義 (カタカナ)
	支店名 ()	入金希望する口座情報をご記入ください。	
		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			
令和 年 月	被接種者と同じ住所・名前を記入 被接種者が未成年の場合は保護者の住所・氏名を記入		
	住所	川本町大字川本△△△番地△△・・・	
	電話番号	000-0000-0000	
	氏名	川本 花子	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	川本 花子	印
川 本 町 長 様	被接種者と同じ名前を記入 被接種者が未成年の場合は保護者の氏名を記入		