

日吉津村小児・妊婦任意予防接種費用助成金交付申請（請求）書

日吉津村長 様

小児・妊婦の任意予防接種を受けたので、日吉津村任意予防接種助成事業実施要綱第5条の規定により次のとおり申請（請求）します。

申請日	令和 年 月 日						
申請 (請求)者	住所	日吉津村大字					
	フリガナ		電話番号	-			
	氏名			-			
被 接 種 者	フリガナ	生年月日	予防接種名	接種日			
	氏名						
		S	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 季節性インフルエンザ	R	年	月	日
		H		年	月	日	
		R			R	年	月
		S	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 季節性インフルエンザ	R	年	月	日
		H		年	月	日	
		R			R	年	月
	S	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 季節性インフルエンザ	R	年	月	日	
	H		年	月	日		
	R			R	年	月	日
	S	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 季節性インフルエンザ	R	年	月	日	
	H		年	月	日		
	R			R	年	月	日
申請（請求）額	円						
※注意事項参照							
振 込 先	<input type="checkbox"/> 村に登録済の振込口座への振り込みを希望します。 ※振込口座の登録がない場合は、下記を記入してください。						
	フリガナ		預金種別	普通 ・ 当座			
	口座名義人（※申請者名義）		口座番号				
	金融機関名	銀行・組合 金庫	支店・支所 出張所				

【添付書類】

- ・ 医療機関発行の領収書（ワクチン名、被接種者氏名、接種日、接種料金の記載のあるもの）
- ・ 母子健康手帳【妊婦の場合】
- ・ 生活保護受給証明書【生活保護世帯の場合】

【注意事項】

- ・ 申請（請求）額は、1回の接種につきおたふくかぜ2,000円、B型肝炎2,000円、季節性インフルエンザ1,000円を上限とし、接種費用が上限に満たないときはその額となります。
- ・ 申請（請求）は、接種を受けた年度の翌年度4月末（インフルエンザの場合、接種を受けた年度の3月末）までに行ってください。

※これより下は、役場記入欄です。

日吉津村任意予防接種助成事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり交付決定してよいか伺います。				
令和 年 月 日				
確認欄	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書		交付決定額	円
村長	課長	合議		主査