

南部町子ども予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

南部町長 宛

(申請者及び同意者)

住 所

保護者名

(印)

電話番号

任意予防接種費用の助成を受けたいので、南部町子ども任意予防接種費用助成金交付要綱第4条第1項の規定により、必要資料を添えて申請します。

なお、次に示す項目について同意いたします。

- 1 町長がこの事業に必要な住民登録の状況を調査すること
- 2 本事業の対象となっている任意予防接種は、自らの意志で行ったものであり、副反応その他の健康被害が生じた場合は、自ら関係機関への申請手続き等を行うこと

申 請 額	円
-------	---

予防接種を受けた子どもの氏名・生年月日	受けた予防接種	接種日
フリガナ	おたふくかぜ	・ ・
	季節性インフルエンザ	・ ・
	ロタウイルス	・ ・
H 年 月 日 歳		・ ・
フリガナ	おたふくかぜ	・ ・
	季節性インフルエンザ	・ ・
	ロタウイルス	・ ・
H 年 月 日 歳		・ ・
フリガナ	おたふくかぜ	・ ・
	季節性インフルエンザ	・ ・
	ロタウイルス	・ ・
H 年 月 日 歳		・ ・
フリガナ	おたふくかぜ	・ ・
	季節性インフルエンザ	・ ・
	ロタウイルス	・ ・
H 年 月 日 歳		・ ・

申請額の計算	受けた予防接種数	1回の助成額	助成額合計
	回 ×	2,000円	= 円

予防接種を受けた時点の子どもの住所		申請者と同じ場合は 同 上	
〒 ー 南部町			
振込先	金融機関名	銀行 本店 農協 支店	
	口座番号	普通	
	口座名義人	フリガナ	

注意事項

- 1 原則として、接種年度内に申請してください。また、助成回数は一年度中に1人2回までとし、1回の上限額は2,000円とします。
- 2 申請の際には、次にあげる事項が確認できる領収書を添付してください。