南部町子ども任意予防接種費用助成申請書

令和 年 月 日

南部町長 宛

住 所 南部町

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事業実施要綱第5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 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

Table with 2 columns: 申請額, 円

Table with 4 columns: 予防接種を受けた子供の氏名・生年月日(中学3年生まで), 受けた予防接種, 接種日, 接種日. Includes rows for フリガナ, 氏名, and 平成 令和 年 月 日生 歳.

Table for 申請額の計算: 接種回数 1回の助成額 助成額. Calculation: 回数 x 2,000円 = 円

Table for 振込先: 金融機関名, 口座番号, 口座名義人, 銀行 農協, 本店 支店. Includes address: 〒409- 南部町

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、次の項目が確認できる書類(原本)を添付してください。
(1) 任意予防接種を受けたことを示す領収書(原本) ※領収書において予防接種の種類が特定できない場合(2)の書類が必要となります
(2) 任意予防接種(助成対象)を受けたことを証する書類(ロット番号が貼付けられている母子手帳など)