

南部町子ども任意予防接種費用助成申請書

令和 2 年 12 月 15 日

南部町長 宛

住 所 南部町内船4473-1

保護者名 南部 健信

電話番号 64-4836



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

申 請 額	8,000 円
-------	---------

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
フリガナ ナンブ ケンコ 南部 健子 平成・令和 20 年 1 月 10 日生 12 歳	季節性インフルエンザ	R2. 12 . 1	. .
	おたふくかぜ	R2. 12 . 8	. .
	B型肝炎	. .	. .
フリガナ ナンブ ケンシ 南部 健志 平成 令和 29 年 5 月 15 日生 3 歳	季節性インフルエンザ	R2. 11 . 15	R2. 12 . 1
	おたふくかぜ		. .
	B型肝炎	. .	. .
フリガナ 平成・令和 年 月 日生 歳	季節性インフルエンザ	. .	. .
	おたふくかぜ	. .	. .
	B型肝炎	. .	. .

申請額の計算	接種回数 4 回 × 1回の助成額 2,000円 = 助成額 8,000 円
--------	--

予防接種を受けた時点の子供の住所	申請者と同じ場合は 同上 〒 409 - 南部町
------------------	-----------------------------

振込先	金融機関名	南部中央 銀行 農協 南部 本店 支店
	口座番号	普通 1 2 3 4 5 6 7
	口座名義人	フリガナ ナンブ ケンシ 南部 健信

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)