

書類受取日	内容確認印

様式第2号(第4条関係)

王寺町おたふくかぜワクチン予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

申請日 年 月 日

王 寺 町 長 様

申請者住所 王寺町 _____

氏名 _____

電話番号 _____

王寺町おたふくかぜワクチン予防接種費用助成金交付要綱第4条第3項の規定に基づき、必要書類を添えて、下記のとおり助成金の交付を申請します。

記

被接種者	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	年	月	日	(接種時) 歳
ワクチン名	おたふくかぜ	接種年月日	年	月	日
		請求金額	円		

※請求金額は、領収書の金額の半額(1回につき3,000円が上限です)を記入してください。

おたふくかぜ予防接種費用助成金を下記口座へ振り込んでください。

銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	本店 支店	口座 番号																		普通 ・ 当座
カナ (口座名義)																				
	————— カ タ カ ナ で 記 入 —————																			

【助成対象者、助成回数】1歳から小学校入学前までの幼児、2回まで助成。

【必要書類】 ①同意書 ②医療機関で発行した領収書(被接種者氏名、接種年月日、ワクチン名が記載されたもの)
③通帳 ④本用紙(申請書兼請求書) ⑤母子健康手帳

※接種後3か月以内に申請してください。