

王寺町風しんワクチン接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

王寺町長 殿

(申請者)

住 所 王寺町

氏 名

電話番号 ()

王寺町風しんワクチン接種費用助成金交付要綱第6条の規定に基づき、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。なお、申請の確認のため当該世帯員の税情報及び生活保護受給状況を貴職が関係機関に照会確認することに同意します。

被 接 種 者	氏名	(男・女)		
	生年月日	年	月	日 (歳)
	住所	王寺町		
助成の対象となる理由 (該当するものに○を してください。)	①妊娠を予定し、又は希望している女性 ②妊娠している女性の配偶者 ③妊娠している女性の同居の家族			
世帯の課税状況	1 課税 2 非課税 3 生活保護			
前回助成の有無	無 ・ 有			
医療機関名		接種年月日	年 月 日	
請求金額	金	円	ワクチン名	単独 ・ 混合

(単独ワクチンにあっては4,000円、混合ワクチンにあっては6,000円を限度とします。)

風しんワクチン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	預金種別	普通 ・ 当座
	支店		
口座番号		口座名義人	カタカナで記入してください。

※必要書類：領収書（接種者名、接種ワクチン、ワクチン代が明示されているもの）
通帳

※ 職員記入欄 ①住記確認： 有 ・ 無 ②配偶者・同居の家族：母子手帳 有 ・ 無
③税情報確認： 税務課 () 福祉係 ()

前回助成の有無	課税状況	判定	日付	受付者
無 ・ 有	1 課 税 2 非課税 3 生 保	1可 2不可	/	