

鷹栖町予防接種費用助成償還払申請書

令和 年 月 日

鷹 栖 町 長 様

次のとおり、必要関係書類を添え、予防接種費用助成金の交付を申請しますので、下記の口座に振込みをお願いします。なお、この申請内容について鷹栖町が保有する個人情報を閲覧・調査すること、及び接種した医療機関に接種内容について問い合わせることに同意します。 **【太枠内のみ記入してください。】**

申請者 (保護者)	氏名	ふりがな	被接種者続柄	
	住所等	〒 鷹栖町 (電話番号 - -)		
被接種者	氏名	ふりがな	生 年 月 日	
	氏名		S. H .R 年 月 日	
予防接種の種類	接種回数及び接種日		接種医療機関名	接種自己負担料金 (円)
	1回目	令和 年 月 日		
	2回目	令和 年 月 日		
	3回目	令和 年 月 日		
	追加	令和 年 月 日		
	1回目	令和 年 月 日		
	2回目	令和 年 月 日		
	3回目	令和 年 月 日		
	追加	令和 年 月 日		
	1回目	令和 年 月 日		
	2回目	令和 年 月 日		
	3回目	令和 年 月 日		
	追加	令和 年 月 日		
償還払振込口座			申 請 額 (合計)	円
_____銀行・農協・信金 _____店・支店 (普通・当座)				
			(フリガナ)	
口座番号 _____			口座名義人 _____	

振込口座名義は申請者名と同一の口座としてください。

(注1) 償還額は接種費用自己負担額ですが、接種日の属する年度に鷹栖町と旭川市医師会とで別途委託契約している定期接種委託契約単価が上限となります。

課長	保健師長・主幹	係長・主査	係

上記のとおり予防接種助成金を交付してよろしいか伺います。

令和 年 月 日 決定

決 定 額	円
-------	---

※添付書類として下記の書類を添付・持参してください。

- ①予防接種実施の証明になるもの（予診票、母子手帳、医療機関の証明書等の写し）
- ②健康保険証・免許証等身分を証明できるもの
- ③接種医療機関の実費支払額のわかる領収書（原本）（領収書は返却しません。）
- ④振込口座のわかるものの写し