

上峰町おたふくかぜ予防接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

上峰町長 様

(申請者)
住 所：上峰町大字

氏 名 ⑩

続 柄 ☐父 ☐母
☐その他 ()

電話番号

上峰町おたふくかぜ予防接種費用助成事業実施要綱第6条の規定により、おたふくかぜ予防接種費用助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。
この申請内容について、公簿と照合すること及び医療機関等へ確認することに同意します。

助 成 対 象 者 (被 接 種 者)		生年月日	年 月 日
住 所	☐ 申請者と同じ 上峰町大字		
予 防 接 種 を 受 け た 医 療 機 関 名			
予 防 接 種 日	年 月 日	接種回数 (1 回目 ・ 2 回目)	
医 療 機 関 に 支 払 っ た 金 額	円	※助成額	円

[振込先金融機関]

金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合		支店名	本店・支店 本所・支所 出張所				
預金種目	1 普通 2 当座	口座番号						
フリガナ 口座名義人								

※ 申請者と口座名義人が異なる場合は、下欄の委任に記入が必要になります。

私は、上記口座名義人におたふくかぜ予防接種費用助成金の受取を委任いたします。

年 月 日 氏名 ⑩

(注1) 添付書類 ①医療機関が発行した領収書
②予防接種の記録が記載されているもの（母子健康手帳、予防接種済証等）
③振込先口座が確認できる書類
(注2) 助成金額 上限3,000円/1回（予防接種費用が3,000円未満の場合はその額）
(注3) 申請期間 予防接種を受けた日から1年以内