B型肝炎ワクチン等任意予防接種助成申請書兼請求書

千早赤阪村長　様　　年　　月　　日

申請者（保護者・代理人）

氏名　　続柄

住所

電話番号　　－　　－

下記のとおり、予防接種費用の助成をしていただきますよう申請します。

記

1．被接種者

ふりがな 氏　名	
住　所	千早赤阪村大字
生年月日	年　　月　　日（満　　歳　　か月）

2．接種した予防接種

予防接種の種類	回数	支払った額	助成上限額	申請額
合計				円

3．振込先

振込先 金融機関	銀行 農協	本店 支店	種　別	1　普通 2　当座
	口座番号			
	口座名義（フリガナ）	（　　）		

【備　　考】予防接種を受けた日から１年を経過する日までに申請してください。

【添付書類】①接種費用の支払を確認できるものの原本（領収書等の原本）

②予防接種を受けたことを証明できる書類（接種済証又は母子健康手帳等の写し）

③振込先口座情報を確認できるもの（通帳等の写し）