

B型肝炎ワクチン等任意予防接種助成申請書兼請求書

年 月 日

千早赤阪村長 様

下記のワクチン接種費用の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

ワクチン名	回数	1回あたり 助成上限額	支払った額
B型肝炎	1回目・2回目・3回目	5,000円	円
おたふくかぜ	1回目・2回目	6,000円	円
合計金額			円
請求金額			円
住所	千早赤阪村大字		
電話			
被接種者氏名		性別	男・女
生年月日	年 月 日	年齢	歳 か月
申請者氏名	Ⓜ	続柄	
振込先 金融機関	銀行・農協 支店		
	貯金種目	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄	
	口座番号		
	口座名義	カタカナで記入	

- ①接種済証または母子健康手帳等、ワクチンの接種が確認できるものと、
- ②領収証等の接種費用の支払いを確認できるものと、
- ③振込先口座情報を確認できる通帳もしくはカード等を提示してください。

助成決定額 円	<table border="1"> <tr> <td>受付日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>受付担当者</td> <td></td> </tr> <tr> <td>受付番号</td> <td></td> </tr> </table>	受付日	年 月 日	受付担当者		受付番号	
受付日	年 月 日						
受付担当者							
受付番号							