

様式第1号 (第4条関係)

紀宝町ロタウイルス胃腸炎予防接種費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

紀宝町長 様

申請者〔住所〕紀宝町

〔氏名〕 ㊟

〔被接種者との続柄〕 ()

〔電話番号〕

紀宝町ロタウイルス胃腸炎予防接種費補助金の交付を受けたいので、紀宝町ロタウイルス胃腸炎予防接種費補助金交付要綱第4条の規定により申請(請求)します。

被接種者の住所 氏名 生年月日	住所 紀宝町		
	(ふりがな)		
	氏名		
	生年月日： 年 月 日		
予防接種を受けた医療機関名			
予防接種名	ロタウイルス胃腸炎予防接種 <input type="checkbox"/> 2回接種ワクチン分(ロタリックス) ・ <input type="checkbox"/> 3回接種ワクチン分(ロタテック)		
予防接種を受けた年月日	1回目：	年 月 日	(生後 週 日)
	2回目：	年 月 日	(生後 週 日)
	3回目：	年 月 日	(生後 週 日)
予防接種金額	円		
※補助金額 (請求額)	円 1回あたりの補助金額は下記の金額を限度とする。 2回を必要とするワクチン・・・1回7,000円を上限とし補助回数は2回まで 3回を必要とするワクチン・・・1回4,700円を上限とし補助回数は3回まで		
振込先	金融機関名	銀行・組合 本店・支店 金庫・農協 出張所	
	預金種目	当座・普通	口座番号
	(ふりがな) 口座名義人		
※申請受理年月日	年 月 日		

- 添付書類 1. 医療機関発行の領収書の写し
2. 接種が証明できるもの(済証、予診票、母子健康手帳の写し等)