

様式第1号（第4条関係）

紀宝町おたふくかぜ予防ワクチン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〕

紀宝町おたふくかぜ予防ワクチン接種費補助金の交付を受けたいので、紀宝町おたふくかぜ予防ワクチン接種費補助金交付要綱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 (歳)	
予 防 接 種 を 受 け た 医 療 機 関 名		
予 防 接 種 を 受 け た 年 月 日	年 月 日	
予 防 接 種 金 額	円	
※補 助 金 額 (請 求 額)	円 接種費の2分の1(100円未満切捨て)の額で4,000円を上限とします。	
振 込 先	金融機関名	銀行・組合 本店・支店 金庫・農協 出張所
	普 通 当 座	(ふりがな) 口座名義人
	口 座 番 号	
※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）
※は記載しないでください。