

第1号様式（第3条関係）

令和 年 月 日

阿武町長 様

申請者（保護者）※口座名義人と同一

住 所 阿武町大字

氏 名

被接種者との続柄

阿武町任意予防接種費用助成申請書

阿武町任意予防接種費用助成金の交付を受けたいので、阿武町任意予防接種費用助成事業実施要綱第3条の規定に基づき、次のとおり申請します。

なお、この申請にあたり、住民基本台帳、予防接種状況等の確認を行うことに同意します。

申請金額 円

記

被 接 種 者	フリガナ	生年月日及び年齢	
	氏 名	年 月 日生（ 歳）	
	住 所	※申請者と同じ場合は記載不要 阿武町大字	
申 請 金 額 内 訳	予防接種（接種したものに○）	支払金額	申請金額（支払金額の半額） ※端数は切捨てる
	風 疹（風しんワクチン・麻しん風しん混合ワクチン）	円	円
	ロタリックス1価（1回目・2回目）	円	円
	ロタテック5価（1回目・2回目・3回目）	円	円
	おたふくかぜ（流行性耳下腺炎）	円	円
	季節性インフルエンザ（1回目・2回目）	円	円
	带状疱疹ワクチン（1回目・2回目）	円	円
		申請金額合計	円
実施医療機関名			
振 込 先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協 漁協	支店 支所
	預金種別	普通 当座	口座番号
	(フリガナ) 口座名義人 ※申請者と同一		

〔添付書類〕 予防接種を受けたことを証明する書類

- 医療機関で発行する領収書の写し（接種者名が記載されているもの）
- 医療機関が発行した予防接種済証または母子健康手帳の写し

被 接 種 者	フリガナ		生年月日及び年齢	
	氏 名		年 月 日生 ( 歳)	
	住 所	※申請者と同じ場合は記載不要 阿武町大字		
申 請 金 額 内 訳	予防接種 (接種したものに○)		支払金額	申請金額 (支払金額の半額) ※端数は切捨てる
	風 疹 (風しんワクチン・麻しん風しん混合ワクチン)		円	円
	ロタリックス1価 ( 1回目・2回目 )		円	円
	ロタテック5価 ( 1回目・2回目・3回目)		円	円
	おたふくかぜ (流行性耳下腺炎)		円	円
	季節性インフルエンザ ( 1回目・2回目 )		円	円
	带状疱疹ワクチン (1回目・2回目)		円	円
	申請金額合計			円
実施医療機関名				

〔添付書類〕 予防接種を受けたことを証明する書類

- 医療機関で発行する領収書の写し (接種者名が記載されているもの)
- 医療機関が発行した予防接種済証または母子健康手帳の写し

被 接 種 者	フリガナ		生年月日及び年齢	
	氏 名		年 月 日生 ( 歳)	
	住 所	※申請者と同じ場合は記載不要 阿武町大字		
申 請 金 額 内 訳	予防接種 (接種したものに○)		支払金額	申請金額 (支払金額の半額) ※端数は切捨てる
	風 疹 (風しんワクチン・麻しん風しん混合ワクチン)		円	円
	ロタリックス1価 ( 1回目・2回目 )		円	円
	ロタテック5価 ( 1回目・2回目・3回目)		円	円
	おたふくかぜ (流行性耳下腺炎)		円	円
	季節性インフルエンザ ( 1回目・2回目 )		円	円
	带状疱疹ワクチン (1回目・2回目)		円	円
	申請金額合計			円
実施医療機関名				

〔添付書類〕 予防接種を受けたことを証明する書類

- 医療機関で発行する領収書の写し (接種者名が記載されているもの)
- 医療機関が発行した予防接種済証または母子健康手帳の写し