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 |
| 帯状疱疹ワクチン（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 | 店　　名 | 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 |
| 帯状疱疹ワクチン（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 |
| 帯状疱疹ワクチン（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