

西和賀町風しん予防接種費用助成申請書

年 月 日

西和賀町長 様

申請者（保護者）

住 所 西和賀町

氏 名 ㊞

電 話 ( )

予防接種を受けたので、下記の書類を添付し接種費用の助成を申請します。

記

添付書類

- 対象者名及び予防接種名が記載された医療機関発行の接種費用領収書
- 母子健康手帳、医療機関発行の予防接種済証明書その他予防接種を受けたことを確認することができる書類

被接種者氏名	生年月日	年 月 日	日生 ( 歳)
接種年月日	年 月 日		
予防接種の種類及び助成限度額		助成請求金額	
<input type="checkbox"/> 風しん単抗原ワクチン	3,000円	円	
<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン	6,000円		

振込先金融機関名	銀行 信用金庫 農協	支店名	本店 支店
口座種別	1 普通      2 当座	口座番号	
口座名義人	フリガナ		

(注)

- 1 就学しているお子さんの場合は、保護者の方が申請してください。
- 2 口座名義人は、申請者と同一名を記載してください。