

双葉町予防接種費用助成金交付申請書

令和 年 月 日

双葉町長

次の通り関係書類を添えて申請します。

申請者	氏名	予防接種を受けた方との 続柄（ ）		電話
	住所	双葉町大字		
	避難先住所			
予防接種を受けた方 ※申請者と異なる 場合のみ記入	※氏名			
	※住所	双葉町大字		
	生年月日	平成 年 月 日（ 歳 ヶ月）		
ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価 HPV ワクチン <input type="checkbox"/> 組換え沈降4価 HPV ワクチン			
接種年月日及び自己負担額 (申請分のみ記載)	1回目	年 月 日	円	
	2回目	年 月 日	円	
	3回目	年 月 日	円	
接種医療機関名				
振込先 口座情報 申請者名義の口座 をお願いします。	金融機関名	銀行 信用金庫 農協		本店 支店 店番（郵貯のみ）
	預金種別	普通・当座		
	フリガナ			
	口座名義人			
	口座番号			

【双葉町記入欄】

助成対象額	助成決定額
円	円

(添付書類)

- ①予防接種に係る領収書の原本（接種者本人の名前と接種年月日がわかるもの）
- ②予防接種を受けた証明となるもの（予診票・予防接種済証・母子健康手帳（予防接種の記録欄のいずれかのコピー））
- ③振込先口座に係る通帳やキャッシュカードのコピー