第1号様式（第6条関係）

**双葉町任意予防接種助成金交付申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

双葉町長　様

任意予防接種を受けたので、関係書類を添えて助成金の交付申請をします。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者  （保護者） | 氏　名 | | 予防接種を受けた方との続柄（　　　） | | |
| 住　所 | | 双葉町 | | |
| 連絡先 | |  | | |
| 被接種者氏名 | フリガナ  氏　　名 | |  | | |
| 生年月日 | | H・R　　　年　　　月　　　日　（　　歳　　ヶ月） | | |
| 予防接種名 | | 接種年月日 | | 接種医療機関 | 接種料金 |
| 小児インフルエンザ | | １回目  　　年　　月　　日 | |  | 円 |
| ２回目  　　　 　年　　月　　日 | |  | 円 |
| おたふくかぜ | | 年　 月　　日 | |  | 円 |
| 合　計　金　額 | | | | 円 | |
| 振込先  口座情報  ※申請者名義の口座でお願いします | 金融機関名 | | 銀　　行　　　　　　　　　　本店  　　　　　　　　　　　農　　協　　　　　　　　　　支店  信用金庫 店番（郵貯） | | |
| 口座番号 | |  | | |
| フリガナ | |  | | |
| 口座名義人 | |  | | |
| 添付書類 | （確認して☑してください）  □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）  □任意予防接種を受けた証明となるものの写し  （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）  □振込先口座に係る通帳やキャッシュカードのコピー（必要時） | | | | |

【町記入欄】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 添付書類 | 助成対象額 | 助成決定額 |
| □領収書  □証明書類（　　　　　　　　　　　　　　）  □振込先口座のコピー（必要時） | 円 | 円 |