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**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　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（　　　） | 電話 |
| 住　　所 | 双葉町大字 |
| 避難先住所 |  |
| 任意予防接種を受けた者 | 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 平成・令和　　　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 |
| ロタウイルス（１価） | １回目　　 年　　月　　日 |  | 円 |
| ２回目　　 年　　月　　日 |  | 円 |
|  | １回目　　 年　　月　　日 |  | 円 |
| ロタウイルス（５価） | ２回目　 　年　　月　　日 |  | 円 |
|  | ３回目　　 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 | 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. 任意予防接種に係る領収書（接種者本人の名前と接種年月日がわかるもの）
2. 任意予防接種を受けた証明となるもの

（予診票・予防接種済証・母子手帳(予防接種の記録欄)の写しのいずれか）