様式第１号（第５条関係）

紀北町予防接種費助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

紀北町長　様

請求者（被接種者、口座名義人と同一／乳幼児は保護者）

住　　所　紀北町

氏　　名　　印

電話番号

予防接種助成金の交付を関係書類を添えて下記のとおり申請します。

１　被接種者

フリガナ 氏　名	生年月日	性別
	大正 昭和　　年　　月　　日 平成	男　・　女

２ 予防接種の種類（助成を受ける予防接種）

予防接種名	接種日	接種医療機関	接種費用（円）	助成額（円）
おたふくかぜ	平成　年　月　日			
ロタウイルス	平成　年　月　日			
（　）2回接種ワクチン	平成　年　月　日			
（　）3回接種ワクチン	平成　年　月　日			
高齢者肺炎球菌	平成　年　月　日			
助成請求額			金　　円	

３ 振込先

金融機関名	銀行 信用金庫 協同組合	本･支店名	本店 支店 出張所
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

平成　　年　　月　　日
検査検収しました

・領収書

・予診票の写し（おたふくかぜワクチン及びロタワクチンの場合）

○持ち物

・通帳（高齢者の場合は本人名義、乳幼児の場合は保護者名義）

・印鑑