

篠栗町定期予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

篠栗町長

申請者 住所
氏名
被接種者との関係
電話（ ）

篠栗町定期予防接種費用助成事業実施要綱第7条第1項の規定により、下記のとおり申請します。
また、助成金の申請に当たり、交付決定のために必要な個人情報を読覧することに同意します。

1 被接種者

被接種者 (接種を受けた人)	フリガナ		生年月日
	氏名		年 月 日生 (歳 か月)
住 所	篠栗町		

2 予防接種の種類及び交付請求金額等

予防接種の種類	単価	回数	請求金額
五種混合	円	回	円
三種混合	円	回	円
二種混合	円	回	円
ポリオ	円	回	円
MR (麻しん・風しん)	円	回	円
日本脳炎	円	回	円
B C G	円	回	円
ヒブ	円	回	円
小児用肺炎球菌	円	回	円
HPV	円	回	円
水痘	円	回	円
B型肝炎	円	回	円
ロタウイルス (価)	円	回	円
RSウイルス (母子免疫)	円	回	円
高齢者肺炎球菌	円	回	円
インフルエンザ	円	回	円
新型コロナウイルス	円	回	円
带状疱疹	円	回	円
請求金額 (合計)			円

3 振込先口座 (申請者名義)

金融機関	支店名	貯金種目
銀行	支店	1 : 普通
信用組合・農協	本店	2 : 当座
口座番号	口座名義人 (フリガナ)	

【添付書類】 予診票の写し 医療機関が発行した領収書 申請者の本人確認ができる書類の写し
 振込先口座が確認できる書類の写し