

篠栗町長 様

年 月 日

篠栗町おたふくかぜ予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

篠栗町おたふくかぜ予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。
また、この申請内容について、医療機関等へ確認することを同意します。

接種者 (児)	名前		生年月日	年	月	日
申請者	名前	接種者との続柄()	生年月日	年	月	日
住所	篠栗町		連絡先 電話番号			
接種 回数	接種医療機関	接種日	自己負担額 (領収書金額)	申請額		
1回目 ・ 2回目		年 月 日	円	(上限3,000円) 円		

※太枠内は、町で記入します。

【振込先口座記入欄】

口座名義人	フリガナ		名義人名			
金融機関名		支店名		分類	□ 1. 普通 □ 2. 当座	
銀行 農協 金庫 組合		本・支店 本・支所 出張所		口座 番号	右詰めで記入	
金融機関コード		支店コード				

【添付書類】

- 予防接種済証又は予防接種を受けたことが確認できる書類の写し
- 医療機関発行のおたふくかぜ予防接種の領収書の写し
- 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 (申請者名義に限る。)
- その他町長が必要と認める書類の写し (代理人が申請の場合は委任状)