

様式第 1 号（第 4 条関係）

あさぎり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

年 月 日

あさぎり町長 様

申請者

住 所 あさぎり町

氏 名 印 続柄（ ）

電話番号

あさぎり町おたふくかぜ予防接種費用助成金交付要綱第 4 条の規定に基づき、下記の通り申請及び請求します。

〈申請者の方が確認して☑してください〉

☐ 予防接種を受けた日において町内に住所を有する、小学校就学の始期に達するまでの幼児の保護者です。

☐ 当該予防接種が予防接種法（昭和 23 年法律第 68 号）に基づくものではなく、希望者が接種する任意の予防接種であることを認識した上で、予防接種を受けることを希望した保護者です。

被接種者	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日
接種医療機関名				ワクチン名	おたふくかぜ
接種年月日	1 回目	年 月 日	2 回目	年 月 日	
及び接種料金		円		円	
請求額		円			
振 込 先	金融機関名	銀行・農協・金庫		本店・支店	
	預金種別	普通・当座	フリガナ 口座名義		
	口座番号				

〈添付書類〉

- ・領収書の原本（おたふくかぜワクチンの予防接種と分かるもの）
- ・おたふくかぜワクチンを受けたことが確認できる書類（母子健康手帳の写し等）

〈注意事項〉

※申請期限は、予防接種を受けた次の年度の 4 月 30 日までとします。

※振込先口座は、申請者の口座を記入ください。