

別記様式（第4条関係）

おたふくかぜワクチン接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

川根本町長 様

申請者（保護者）

住 所

氏 名

（接種対象者との続柄 ）

電話番号 （ ）

おたふくかぜワクチンの予防接種を実施したので、川根本町おたふくかぜワクチン接種費用助成事業実施要綱第4条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

フリガナ			男・女	生年月日	年 月 日
対象者氏名				接種時年齢	歳 か月
住 所					
予防接種の状況	種 類	接 種 日	接種時年齢	接種費用 (申請額)	接種医療機関名
	おたふくかぜ	年 月 日	歳 か月	円	
振込先金融機関名	銀 行 信用金庫 農 協				本 店 支 店 支 所 出張所
口 座 番 号	普通 ・ 当座				
フリガナ					
口 座 名 義 人					

※ 接種医療機関が発行する領収書（「被接種者名」及び「ワクチン名」が明記されているもの）及び予防接種済証の写し又は母子健康手帳の写しを添付してください。