

様式第3号（第8条関係）

鬼北町任意予防接種費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

鬼北町長 様

申請者 住 所 鬼北町大字

氏 名 ㊟

続 柄

(電話 - -)

任意予防接種費補助金の交付を受けたいので、鬼北町任意予防接種費補助金交付要綱第8条の規定により申請（請求）します。

被 接 種 者 名	ふりがな 氏 名			
	生年月日	年 月 日 (歳)		
	現 住 所	鬼北町大字		
	※風しん予防接種 該当者のみ記入	妊娠を希望する女性 妊娠を希望する女性の配偶者等 (女性の氏名) 妊娠している女性の配偶者等 (女性の氏名)		
接 種 状 況	予防接種名 ※該当に○を記入	インフルエンザワクチン (回目、 回目)		
		流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) ワクチン		
		風しんワクチン (□混合 ・ □単独)		
		帯状疱疹ワクチン (□生 ・ □不活化 回目、 回目)		
	接種日	年 月 日	年 月 日	
	医療機関			
接種費用	円	円		
補 助 請 求 額	予防接種名	接種費用 (A)	自己負担額 (B)	補助金額 (A-B)
	インフルエンザ	円	円	円
	流行性耳下腺炎	円	円	円
	風しん	円	円	円
	帯状疱疹	円	円	円
振 込 先	フリガナ 口座名義人			
	金融機関 (ゆうちょ銀行以外)	銀行・組合 金庫・農協		本店・支店 支所・出張所
		種 別	普通 ・ 当座	口座番号
	ゆうちょ銀行	店名	種目	口座番号

※ 申請者と振込先の口座名義は同一名を記入してください。

【添付書類】・母子健康手帳の予防接種記録欄の写し又は予防接種済証の写し

・予防接種費用の領収書