

令和 年 月 日

八峰町長 堀内満也 様

(申請者)

住所 八峰町

氏名

電話番号

任意予防接種助成金交付申請書兼請求書

八峰町任意予防接種助成事業に基づく接種助成金の交付を受けたく申請します。

接種を受けた者	(平成・令和 年 月 日生)		
	申請者との関係： 子 ・ 孫 ・ その他 ()		
予防接種の種類	おたふくかぜ (1回目 ・ 2回目)		
接種料金 (A)	円	申請金額(A×1/2)	円

(注1：接種1回当たりの助成限度額は5千円。注2：円未満の端数金額は切り捨て。)

※振り込み先 (申請者と同じ名義人)

金融機関名		本・支店名	
預金種別	普通 当座	口座番号	
口座名義 (カナ)			

(申請の際にご持参いただくもの)

- ・接種医療機関発行の領収書
- ・予防接種が確認できる書類 (母子健康手帳)
- ・振込先口座を確認できる通帳またはキャッシュカード

任意予防接種助成金交付決定等伺

上記の者から、任意予防接種助成金の交付申請がありましたが、次のとおり決定してよろしいでしょうか、お伺いします。

助成する。(助成額は、 円とする。)

助成しない。(理由：)

決 裁	町長	副町長	課長	副課長	補佐	係長	係員