

様式第1号（第5条関係）

日野町任意予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

日野町長 様

申請者 住所 日野町
氏名

この度、任意予防接種を受けたので、日野町任意予防接種費用助成金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり助成金の交付申請をします。また、日野町が任意予防接種費用助成金申請に係る事務を行うにあたり、住民基本台帳などを閲覧することに承諾します。

記

被接種者氏名			
予防接種名	接種日	支払額	助成額
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
交付申請額			円

【注意事項】

- ※1 接種日から6か月以内に健康福祉センターまで申請してください。ただし、風しんワクチンについては接種日が属する年度の3月31日までに申請してください。
- ※2 風しんワクチンの助成金の額は上限8千円とします。

【添付書類】

- (1) 医療機関が発行した支払額を証明するもの（領収書の写し等）
- (2) 予防接種の実施について医療機関が証明したもの（接種済証、母子健康手帳等）