

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兼請求書

年 月 日

日野町長 様

申請者 住 所 日野町

氏 名

連絡先

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（請求）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	申請（請求）額 ※注意事項参照
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
申請（請求）額（合計）			円

支給決定された助成金については、下記の口座へ振り込んでください。

金融機関名	支店名	種類	口座番号	口座名義人（カタカナ記入） ※申請者名義
銀行 金庫 組合	本・支店 支所・出張所	普通		
	店番号			

【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 助成額は1回の接種につきおたふくかぜ4,000円、風しん及び麻しん風しん混合ワクチン8,000円、B型肝炎5,000円を上限とし、接種費用が上限に満たないときはその額となります。
- ※3 带状疱疹ワクチンは、接種費用から自己負担5,000円を除いた額が助成額となります。

【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）