

別記様式第1号

新冠町予防接種費用助成申請書			
新冠町長様		年	月 日
	住所 新冠町字		
	氏名		
	生年月日	年	月 日 (満 歳)
	電話番号 (世帯主氏名))
<p>予防接種の費用助成を受けたいので証拠書類を添えて申請します。 なお、助成の可否決定にあたり、世帯構成員の住民基本台帳の確認に同意します。</p>			

(フリガナ) 被接種者氏名		生年 月日	年	月	日生 (満 歳)
------------------	--	----------	---	---	-------------

予防接種の種類 ※☑を入れてください。	<input type="checkbox"/> ①高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> ②インフルエンザ(季節性) <input type="checkbox"/> ③子宮頸がん(第 回目) <input type="checkbox"/> ④風しん <input type="checkbox"/> ⑤麻しん風しん <input type="checkbox"/> ⑥日本脳炎(定期接種以外) <input type="checkbox"/> ⑦新型コロナウイルス <input type="checkbox"/> ⑧定期接種(種類:)
------------------------	--

接種日	年 月 日
-----	-------

接種医療機関名	名称	
	所在地	

接種に要した費用	円
----------	---

振 込 先	振込金融機関名			振込口座番号				(フリガナ) 振込口座名義人	
	1. 銀行 2. 信金 3. 信組 4. 信連	5. 労金 6. 農協 7. 漁協 8. 信漁連	本店・支店・店 本所・支所 代理店・出張所	普通 当座					

町 確 認 欄	確認区分	確認の結果	確認印	担当課
	住民登録状況	有 ・ 無		町民生活課
	生活保護受給状況	有 ・ 無		町民生活課
	助成判定(対象要件)	可 ・ 否	否決の理由	

【添付する書類】

1. 予防接種にかかった費用の領収書
2. 母子手帳や接種済証など（接種者・接種日・接種したワクチンの種類・接種した医療機関のわかる書類）
3. 振込先のわかるもの

【注意事項】

1. 申請者は、本人または保護者の名前をご記入ください。
2. 振込先は、原則本人または保護者の口座です。
3. 申請はできるだけ年度内に済ませるようお願い致します。
4. 印刷時は表面（1 ページ目）のみの印刷が良いです。