

予防接種費用助成申請書

令和 年 月 日

太子町長 様

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____ (被接種者との続柄： _____)
 電話番号 (_____) _____

裏面「予防接種内訳書」のワクチンを接種しましたので、必要書類を添付し、接種費用の一部助成を申請します。

被接種者	住 所	太子町				
	フリガナ				性 別	男・女
	氏 名					
	生年月日	年	月	日	(歳 カ月)	
接種を受けた医療機関	県名		医療機関名			
助成金申請額	円 (内訳は裏面「予防接種内訳書」のとおり) ※申請額は、裏面「予防接種内訳書」の助成金額合計欄の金額をご記入ください。					

支給決定された助成金については、下記口座に振り込んでください。

振込先 (申請者名義)	金融機関名	銀行・信用金庫				支店	
		農協・信用組合				出張所	
	種 別	普通・当座	口座番号				
	フリガナ						
	口座名義人						

※口座名義欄に申請者氏名以外を記入する場合は、下記の委任状に記入が必要です。

委任状	私は、上記口座名義人を代理者と定め、予防接種費用助成金の受領に関する権限を委任します。 申請者氏名
-----	--

※申請に必要なもの

- 予防接種に関し、医療機関から発行された領収書と内訳の原本 (氏名、予防接種の種類、金額が記載されているもの)
- 予診票 (原本又は写し)
- 予防接種を受けたことが確認できる母子健康手帳
- 振込先の通帳

注) 接種日から1年以内に太子町さわやか健康課に申請してください。

※処理欄は記入しないでください。

処理欄	決定年月日：令和 年 月 日 支給決定額： 円
-----	----------------------------