

様式第3号（第7条関係）

年 月 日

三朝町予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

三朝町長 様

住 所
申請者 氏 名 印
被接種者との続柄（ ）
電話番号

次のとおり予防接種を受けたので、予防接種費用助成金の交付を申請します。また、交付決定後は交付決定額の支払いを請求します。なお、三朝町がこの申請に必要な情報について、住民基本台帳等を確認すること及び接種した医療機関にワクチンの接種等について問い合わせることに同意します。

助成金交付申請額 円

被接種者	ふりがな 氏 名	(男 ・ 女)		
	生年月日	年 月 日		
予防接種の種類	接種年月日	A) 医療機関への 支払額	B. 助成上限額	A・Bの低い方の額 (申請額)
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
医療機関名				

※添付書類：医療機関が発行する領収書(原本)、予防接種予診票（医療機関から町へ直送の場合は不要）

振込先

助成金が交付決定された場合は、下記の口座に振り込んでください。

金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	預金種別	普通 ・ 当座						
フリガナ 口座名義			口座番号							

