

大紀町長 様

【申請者（保護者等）】

住 所 度会郡大紀町

氏 名

㊞

電話番号

大紀町子宮頸がん予防接種費助成金交付申請書兼請求書

大紀町子宮頸がん予防接種費助成事業実施要綱第4条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。
また、下記の被接種者の住民登録又は外国人登録の照会を、健康福祉課に委任することに同意します。

被接種者名	生年月日 (申請日現在の年齢・学年)		接 種 日	接種金額 (領収書の金額)	助成金額 (※欄記入不要)
	年 月 日	1 回 目	年 月 日	円	※ 円
申請者との続柄	(満 才)	2 回 目	年 月 日	円	※ 円
	中 学 ・ 高 校 年生	3 回 目	年 月 日	円	※ 円
合 計				円	※ 円
※ 内容審査	住民日：接種前6か月以上（該当・非該当） 接種後3か月以上（該当・非該当） 対象者：学年（該当・非該当）				

- 助成額の最高限度額は3回で50,000円とする。
- ※欄は、記入しないで下さい

【振込み先】

金 融 機 関 名			口 座 番 号	(フリガナ) 口 座 名 義
銀 行	本 店	種 別		
金 庫	支 店	普 通		
農 協	出張所	当 座		

- ※ 口座名義人は、被接種者名又は保護者名と同一をお願いします。
- ※ 関係書類：子宮頸がん予防ワクチン接種領収書(被接種者名・接種日・子宮頸がん予防ワクチン接種が明記されたもの)