**様式第１号**（第４条関係）

大紀町おたふくかぜ予防接種費助成金交付申請書兼請求書

　　年　　月　　日

大紀町長　様

申請者　　住　　所　　〒

（保護者）　　　　　　　大紀町

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

大紀町おたふくかぜ予防接種費助成金交付要綱第４条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

請求金額（助成金額合計）　　　　　　　　　　　　円

被接種者名及び請求内訳

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  被接種者名 | |  | | | |
| 生年月日 | | 年　　　　　月　　　　　日 | | | |
| 回数 | 実施医療機関 | | 接種年月日 | 接種金額 | 助成金額 |
| １回目 |  | | 年　　月　　日 | 円 | 円 |
| ２回目 |  | | 年　　月　　日 | 円 | 円 |

* 助成金額の上限は、1回につき3,000円です。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金　融　機　関　名 | | | 口　座　番　号 | | | | | | | （フリガナ）  口座名義人 |
| 銀行  　　　　　　　金庫  　　　　　　　 農協 | 本店  支店  出張所 | 種　別 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 普通  当座  その他 |  |

* 口座名義人は、申請者名と同一でお願いします。
* 関係書類：おたふくかぜ予防接種領収書（被接種者名・接種日・金額・「おたふくかぜ予防接種」と明記されたもの）の原本