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<br>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）<br>口座名義人 |
|---|---|---|---|---|
| 銀行<br>金庫<br>農協 | 本店<br>支店<br>出張所 | 種別<br>普通<br>当座<br>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