

高浜町定期予防接種(B類疾病)費用助成金交付申請兼請求書

高浜町長 様

(申請者)

住 所

氏 名

(被接種者との続柄)

(自署されない場合は記名押印してください)

高浜町定期予防接種(B類疾病)費用の償還払に関する要綱第7条第1項の規定に基づき、下記のとおり関係書類を添えて申請及び請求します。

| | | | | |
|--------|-------|--------------|------|--------|
| 被接種者 | 氏 名 | | 生年月日 | 年 月 日生 |
| | 住 所 | □上記申請者の住所と同じ | | |
| 接種医療機関 | 医療機関名 | | | |
| | 所 在 地 | 〒 | | |

【申請・請求内訳】

| 予防接種名 | 接種年月日 | 接種料金(A) | 自己負担額(B)※ | 申請・請求額 (A) - (B) |
|-------|-------|---------|-----------|---------------------|
| | | | | 円 |
| | | | | 円 |
| | | | | 円 |
| | | | | 円 |
| | | | 申請・請求額合計 | 円 |

※自己負担額は要綱第4条で定める額

【助成金の振込先】

| | | | |
|--------------|-----------|------|--|
| 金融機関 | 金融機関名 | 店舗名 | |
| 預金種別 | 普通・当座・() | 口座番号 | |
| フリガナ 口座名義 | | | |

【添付書類】

- (1) 医療機関の発行した領収書原本(接種した予防接種の種類及び金額が分かるもの)
- (2) 医療機関において予防接種を受けた日の記載を受けた予診票(原本)
- (3) 入金を希望する通帳のコピー(銀行・支店名・口座名義・口座番号・預金種別が分かるもの)
- (4) その他町長が必要と認める書類