

様式第3号（第5条関係）

日付は空けておいて
ください。

年 月 日

小豆島町長 殿

申請者 住所 香川県小豆郡小豆島町〇〇甲△-□

氏名 小豆 島子

(被接種者との関係 母)

予防接種費償還払い申請書兼請求書

予防接種費の助成を受けたいので、小豆島町予防接種費の償還払いに関する要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請し、助成金の支払いを請求します。

なお、この申請にあたり、町担当職員が住民基本台帳等の確認をすることに同意します。

1 被接種者

氏名	小豆 花子	生年月日	平成〇〇年△月□日
住所	香川県小豆郡小豆島町〇〇甲△-□		
電話番号	090-1234-5678		

2 予防接種

予防接種の種類	接種日	支払料金	町の契約単価	※請求金額

領収書等を確認して、こちら
で記入しますので、空けておい
てください。

※請求金額は、支払料金と契約単価のいずれか低い金額になります。

3 振込先

銀行名	〇〇銀行	支店名	△△支店
口座種別	普通 当座	口座番号	1234567
フリガナ	ショウズ シマコ		
口座名義	小豆 島子		

4 関係書類

- 接種した医療機関の領収書の原本（接種した予防接種の種類が分かるもの）
- 予防接種の記録が記載されているもの（母子健康手帳、予防接種済証等）
- 予診票の原本又はその写し
- その他町長が必要と認める書類