

小豆島町長 殿

申請者 住所

氏名

（被接種者との関係 ）

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		生年月日	年 月 日
住所			
電話番号			

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

※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		支店名	
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

4 関係書類

- (1) 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）
- (2) 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）
- (3) 予診票の原本又はその写し
- (4) その他町長が必要と認める書類