様式第３号（第５条関係）

年　　　月　　　日

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 |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | |
| 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