

様式第6号(第6条関係)

法定外予防接種費助成申請書兼請求書

接種を受けた者	住 所	那珂川町
	ふりがな 氏 名	
	生年月日	年 月 日
	電話番号	
予防接種を受けた日	年 月 日 / 年 月 日	
予 防 接 種 の 種 類 (接種を受けたものに○をつける)	風しん(成人) ・ 麻しん風しん(成人) 高齢者用肺炎球菌(定期以外) インフルエンザ ・ おたふくかぜ(小児) 带状疱疹(生ワクチン) 带状疱疹(不活化ワクチン)	
医療機関及び医師		
予防接種に要した金額	合計	円
振 込 金 融 機 関	()	銀行・農協・信組 支店
ふ り が な		
口 座 名 義	(被接種者・児にあっては保護者)	
口 座 種 別	普通	当座
口 座 番 号		

◎予防接種予診票・領収書を添付して下さい。

◎接種後60日以内に健康福祉課、子育て支援課窓口まで提出してください。
上記のとおり予防接種を受けたので、助成金を支給されたく請求いたします。

年 月 日

那珂川町長 様

被接種者・保護者名

Ⓜ

(町記入)

助 成 決 定 額

円