

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) 帯状疱疹(生ワクチン) 帯状疱疹(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 |
|-----------|---|