

辰野町おたふくかぜ予防接種費用助成申請書 (実績報告書) 兼請求書

年 月 日

(宛先) 辰野町長

申請者 住所 辰野町
 氏名 _____
 (接種対象児との続柄: _____)

下記のとおり、任意の予防接種を受けましたので、辰野町任意予防接種費用助成事業実施要綱第●条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

1 接種対象児

接種対象児の氏名		生年月日	年 月 日
接種対象児の住所	〒 _____ 辰野町		
連絡先電話番号	_____		

2 おたふくかぜ予防接種内容

ワクチン名	接種年月日	医療機関名	接種費用 (支払った金額) ①	助成上限額 ②	助成金額 (①と②の 低い方の金額)
				3,000 円	

3 振込先金融機関

銀行 信用金庫 農協	種 別							
	本店	1. 普通 2. 当座						
	支店	口 座 番 号						
ゆうちょ銀行	記 号				番 号			
	1			0				
	口座名義人		(フリガナ)					

4 添付書類

- 接種医療機関が発行する領収書の写し
- おたふくかぜ予防接種記録 (母子健康手帳、予診票の写し)