

様式第1号（第4条関係）

申請日 年 月 日

大台町長 様

申請者 氏
住 所 大台町
氏 名
電話番号

大台町おたふくかぜ予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

下記のとおり、おたふくかぜワクチンの予防接種を受けましたので、助成金を交付をされたく、関係書類を添えて申請します。

なお、内容等について町が保有する個人情報を閲覧又は調査すること、および医療機関に問い合わせることに同意します。

1. 請求額 円

2. 被接種者（接種を受けた方）氏名等

被接種者氏名	生年月日	接種日	接種金額	接種医療機関名
	年 月 日	年 月 日	円	

3. 振込先（申請者の口座を指定してください）

振込先	銀行店			本店					
	信用金庫			支店					
種別	農協名			出張所					
	普通・当座 ※いづれかに○をしてください	口座番号 ※右づめで記入							
フリガナ									
口座名義人									

※申請者と異なる名義の口座に振り込みをされる場合、下欄に記入をお願いします。

委任状	
私は、上記口座名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。	
年 月 日	申請者氏名

4. 添付書類

- （1）医療機関で発行された予防接種の領収書（原本）
- （2）おたふくかぜワクチン予防接種を受けたことが確認できるもの
（母子健康手帳、診療明細書またはワクチンの種別が明記されている領収書）