

年 月 日

みなかみ町長 様

みなかみ町任意予防接種費用償還払申請書兼請求書

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

交付申請額	円 (金額は記入しない)
-------	--------------

◆申請者は接種を受けた本人又はその保護者に限ります。

申請者氏名	みなかみ 太郎 ㊟	住 所	みなかみ町 後閑 3 1 8 番地
被接種者との続柄	保護者 (父)	電話番号	0 2 7 8 - ●● - ●●●●
(フリガナ) 被接種者氏名	*申請者と同じ場合は記入不要 みなかみ 一郎	生年月日	平成 ●年 ●月 ●日

*申請者と口座名義人が異なる場合に記入

私は、下記口座名義人にみなかみ町任意予防接種費用助成金の受領に関する権限を委任します。

令和 ●年 ●月 ●日

※例えば妻名義口座へ申請する場合。

申請者氏名： みなかみ 太郎

住所：みなかみ町後閑 3 1 8 番地

振込口座	金融機関	支店名	種別	普通 当座
	谷 川	月夜野	(フリガナ)	ミナカミ タロウ (ミナカミ ハナコ)
	銀行・農協・信金・ 信組・労金	本店・支店・ 支所・出張所	口座名義人	みなかみ 太郎 (みなかみ 花子)
			口座番号	● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

内訳

疾病の種類	予防接種日	接種医療機関名	支払済額	助成上限額	申請金額
風 し ん					
おたふくかぜ					
インフルエンザ					
帯 状 疱 疹					
骨髄移植後の 再接種					
申請金額合計					

【添付書類】

- 接種した予診票の写し (医療機関からもらってください)
- 接種済証または母子健康手帳
- 領収書の原本
- 預金通帳またはキャッシュカード (役場でコピーを取ります)

※添付書類は忘れずに!
※書類の訂正が発生した場合
のために印鑑を持参してくだ
さい

※予防接種を受けた日から起算して1年以内 (インフルエンザ予防接種を受けた場合は、接種を受けた日の属する年度の末日まで) に提出してください。なお、期日を過ぎたものは、助成の対象外となります。

※期限が過ぎると対象外になるので注意してください!