

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	Ⓜ	住 所	みなかみ町
被接種者との続柄		電話番号	
(フリガナ) 被接種者氏名	*申請者と同じ場合は記入不要	生年月日	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。
年 月 日
申請者氏名： 住所：

振 込 口 座	金融機関	支店名	種別	普通・当座			
	銀行・農協・信金・ 信組・労金	本店・支店・ 支所・出張所	(フリガナ)				
			口座名義人				
			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			円	円	円
おたふくかぜ			円	円	円
インフルエンザ			円	円	円
帯 状 疱 疹			円	円	円
骨髄移植後の 再接種			円	円	円
申請金額合計					円

【添付書類】

- ・接種済み予診票の写し (接種を受けた医療機関から取得してください)
- ・接種済証又は母子健康手帳
- ・予防接種に要した費用の領収書の原本
- ・預金通帳又はキャッシュカードの写し

※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。