

様式第1号（第4条関係）

共和町任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

共和町長様

申請者 住所  
氏名

印

任意予防接種費用助成金の交付を受けたいので、医療機関から発行された領収書及び  
予防接種済証又は予診票の写しを添えて請求します。

接種者氏名	
生年月日	年 月 日（ 歳）
住 所	共和町
*保護者氏名	
契約医療機関で接種 できなかった理由	
接種した 予防接種の種類	インフルエンザ予防接種（1回目・2回目） 帯状疱疹予防接種＜水痘生ワクチン・帯状疱疹ワクチン （1回目・2回目）＞
支払方法	口座振込
金融機関名	銀行・農協 本店 信金・信組 支店 その他
預金種別	普通預金 ・ 当座預金 ・ 貯蓄預金
口座番号	
口座名義人	

\* 欄は、インフルエンザ予防接種の場合のみ記入してください。

（この表には記入しないでください）

交付決定額 金 円					
内 訳	予防接種の 種類	接種 回数	総接種費用	接種者負担金額	助成金額
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円