

川西町任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

申請日 令和 年 月 日

川西町長 殿

申請者住所	川西町
氏名	Ⓜ
電話番号	() -

下記の任意予防接種を受けましたので、川西町任意予防接種費用助成事業実施要綱第4条の規定により請求します。

なお、この助成金の支給にあたり、私及び私の世帯に関する住民基本台帳を閲覧することに同意します。

被接種者	氏名			
	生年月日	平成・令和	年	月 日 (歳 カ月)
接種した予防接種の情報 ※下記参照				
おたふくかぜ				
接種日	年 月 日			
かかった費用	円			
助成金額	円			
助成金額の合計	円			
助成金の振込先	金融機関	銀行・組合 郵便局 金庫・農協		本店・支店 支所・出張所
	預金種目	当座・普通	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

【添付書類】 医療機関発行の領収書(原本)、母子健康手帳等接種記録の写し

※助成対象となるワクチンの接種回数及び助成費用

ワクチンの区分	接種対象と時期	助成回数	助成費用
おたふくかぜ	1歳～5歳	1回	接種費用の1/2 (上限 3,000円)