

様式第2号（第7条関係）

猪苗代町任意予防接種費用助成事業償還払い請求書

年 月 日

猪苗代町長

申請者（保護者）

住所

氏名

印

（被接種者との続柄）

電話番号

次のとおり任意の予防接種を受けましたので、猪苗代町任意予防接種費用助成事業実施要綱第7条の規定に基づき請求します。なお、助成を受けるに当たり必要があるときは、猪苗代町が住民基本台帳の閲覧や医療機関へ確認を行うことに同意します。

| 請求額 | | 円 | | |
|-------------------|----------------|--------------------|-------------|-----------------|
| 被接種者 | 住所 | 猪苗代町 | | |
| | フリガナ | | | |
| | 氏名 | | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 生 | | |
| 予防接種の種類 | 接種回数 | 接種日 | 医療機関に支払った費用 | 助成額 |
| インフルエンザ | 1回目 | | 円 | 1回あたり |
| | 2回目 | | 円 | 3,000円 |
| おたふくかぜ | 1回目 | | 円 | 1回あたり |
| | 2回目 | | 円 | 5,000円 |
| 带状疱疹 (生ワクチン) | 1回目 | | 円 | 1回あたり 5,000円 |
| 带状疱疹 (組換えワクチン) | 1回目 | | 円 | 1回あたり |
| | 2回目 | | 円 | 10,000円 |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行・信用金庫 信用組合・農協 | | 本店 支店 |
| | 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 | |
| | フリガナ | | | |
| | 口座名義人 (申請者) | | | |

※添付書類

- ①当該任意予防接種に要した費用の額を証することができる書類（医療機関が発行する領収書等）
- ②任意予防接種を受けた事実が確認できる書類（接種証明書、母子健康手帳等の写し）
- ③その他町長が必要と認める書類