

石川町予防接種再接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

石川町長 様

申請者 住 所 石川町

氏 名 (続柄)

電話番号

石川町予防接種再接種費用助成金交付要綱第8条第1項の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。なお、請求の適否を判断するために必要な場合は、石川町が予防接種実施医療機関に対し、本請求に係る情報の照会及び提供並びに診療の内容等の照会をすることに同意します。

被接種者	ふりがな			生年月日	年 月 日
	氏 名				
	住 所	石川町			
再接種を受けた医療機関名					
予防接種の種類			再接種年月日	再接種費用	
			年 月 日	円	
			年 月 日	円	
			年 月 日	円	
			年 月 日	円	
			年 月 日	円	
			年 月 日	円	
合計				円	
振込先口座	金融機関名			銀行・信金・信組・農協	
		本 店 ・ 支 店 ・ 出 張 所			
	預金種別	普通 ・ 当座	ふりがな		
	口座番号		口座名義		

※添付書類

- ①再接種に係る費用の領収書
- ②再接種を受けたことが確認できるものの写し（母子健康手帳、予防接種予診票など）
- ③助成金振込口座が確認できる書類の写し ※申請者と振込先口座の口座名義は同一の方にしてください。

申請に係る注意事項

- ・再接種を受ける日において、町内に住所を有する方が対象となります。
- ・再接種する予防接種で費用助成の対象になるのは、過去に定期接種として接種済みの予防接種の種類のみとなります。