

市川三郷町ヒブワクチン予防接種費用助成申請書

年 月 日

市川三郷町長 様

住所

申請者(保護者) 氏名

印

電話番号

市川三郷町ヒブワクチン予防接種費用助成事業実施要綱に基づき、助成を受けたいので申請します。
 なお、この申請に基づく支給決定に当たり、市川三郷町が保有する情報について閲覧または調査すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

被 接 種 者	氏 名			生 年 月 日	年 月 日
	住 所	市川三郷町			
接種医療機関名					
接種開始年齢	接種年月日		接種金額		助成金額
生後2ヶ月以上 生後7ヶ月未満	初回1回目	年 月 日	円		円
	初回2回目	年 月 日	円		円
	初回3回目	年 月 日	円		円
	追 加	年 月 日	円		円
生後7ヶ月以上 生後12ヶ月未満	初回1回目	年 月 日	円		円
	初回2回目	年 月 日	円		円
	追 加	年 月 日	円		円
生後12ヶ月以上 生後60ヶ月未満		年 月 日	円		円
合 計					円
助成金 振込先	金融機関	銀行・組合 金庫・農協		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				

助成金額は1回につき3,000円を上限とし、接種金額が3,000円に満たない場合は当該額とする。

(添付書類) 1 医療機関発行の領収書 2 任意予防接種済証(母子健康手帳の写し等)

処理欄は記入しないで下さい。

処理欄	決定年月日	平成	年	月	日	支給決定額	円
内訳	1回目 対象・助成済	2回目 対象・助成済	3回目 対象・助成済	4回目 対象・助成済			