

軽米町長 様

【申請者】

住所

氏名

電話番号

軽米町特別の理由による予防接種の再接種実施報告書兼助成金請求書

年 月 日付軽福第 号で交付決定通知のあった軽米町特別の理由による予防接種の再接種費用助成金について、軽米町特別の理由による予防接種の再接種費用実施要綱第8の規定により、次のとおり助成金の交付を請求します。

記

1、被接種者

フリガナ		生年月日	
氏名			
住所			

2、再接種を受けた予防接種名および支払額

予防接種の種類	接種年月日	再接種費用 (医療機関支払額)
合計		円

3、請求額 ※上記2で計算した合計金額

円

4、振込口座

助成金振込先 ※申請者名義口座 に限る	金融機関名		支店名	
	口座種類	普通 ・ 当座	口座番号	

【添付書類】

- (1) 再接種費用の領収書及び医療費明細書等の再接種の明細が分かるもの
(2) 再接種を受けたことが確認できるもの（母子健康手帳、予防接種予診票、接種済証等）