

飛島村任意予防接種費用助成金交付申請書 (請求書)

年 月 日

飛島村長 様

申請者 住所 _____
 氏名 _____
 連絡先 _____

飛島村任意予防接種費用助成要綱第3条の規定に基づき、下記のとおり申請及び請求します。
 また、申請の審査に必要な場合は住民基本台帳を閲覧すること及び接種した医療機関へ問い合わせることを同意します。

| 被接種者氏名・生年月日 | 年齢 | 予防接種の種類 | 接種日 | 請求額 |
|--|----|------------|-------|-----|
| □申請者と同じ フリガナ 年 月 日 | 歳 | インフルエンザ1回目 | 年 月 日 | 円 |
| | | インフルエンザ2回目 | 年 月 日 | 円 |
| | | おたふくかぜ 1回目 | 年 月 日 | 円 |
| | | おたふくかぜ 2回目 | 年 月 日 | 円 |
| | | 小 計 | | 円 |
| フリガナ 年 月 日 | 歳 | インフルエンザ1回目 | 年 月 日 | 円 |
| | | インフルエンザ2回目 | 年 月 日 | 円 |
| | | おたふくかぜ 1回目 | 年 月 日 | 円 |
| | | おたふくかぜ 2回目 | 年 月 日 | 円 |
| | | 小 計 | | 円 |
| フリガナ 年 月 日 | 歳 | インフルエンザ1回目 | 年 月 日 | 円 |
| | | インフルエンザ2回目 | 年 月 日 | 円 |
| | | おたふくかぜ 1回目 | 年 月 日 | 円 |
| | | おたふくかぜ 2回目 | 年 月 日 | 円 |
| | | 小 計 | | 円 |
| フリガナ 年 月 日 | 歳 | インフルエンザ1回目 | 年 月 日 | 円 |
| | | インフルエンザ2回目 | 年 月 日 | 円 |
| | | おたふくかぜ 1回目 | 年 月 日 | 円 |
| | | おたふくかぜ 2回目 | 年 月 日 | 円 |
| | | 小 計 | | 円 |
| 合 計 | | | | 円 |

*添付書類 領収書及びインフルエンザ以外の予防接種の助成については、接種を確認できる母子健康手帳の写

| | |
|-------|--|
| 振 込 先 | <input type="checkbox"/> 登録済みの任意予防接種費用償還払い口座へ振り込み。 |
| | <input type="checkbox"/> 任意予防接種費用償還払い口座 新規・変更登録 (様式第3号「任意予防接種費用償還払い口座登録申請書」)を提出してください。) |

※本制度による助成を受ける場合は、平成28年4月1日以降に口座登録が必要です。
 ※登録した口座に変更があった場合は、必ず再登録をしてください。