

予防接種費助成申請書

（あて先）津南町長

年 月 日

申請者	住所 津南町大字
	氏名 （自署又は記名押印）
	電話番号

下記のとおり、定期の予防接種を受け接種費用を支払いましたので、関係書類を添えて予防接種費用の助成を申請します。

なお、助成を受けるにあたり、必要があるときは、住民基本台帳、住民税課税台帳又は生活保護台帳等の閲覧や医療機関、関係部署等へ確認を行うことに同意します。

被 接 種 者	ふりがな									
	氏 名	生 年 月 日 年 月 日（ 歳 か月）								
	住 所	〒 津南町大字								
接種状況		※裏面のとおり								
振 込 先	金融機関名 支店名	銀行 農協 支店								
	預金種別	普通 当座	口座番号							
	（フリガナ） 口座名義人	（ ）								

【添付書類】

- ・ 予防接種を受けた医療機関等の領収書
- ・ 予防接種を受けたことを証明するもの（接種済証、予診票の写し又は母子健康手帳の写し）

様式第3号（第6条関係）

（予防接種状況）

予防接種の種類	接種年月日	接種自己負担額 ①	助成上限額 （※津南町で記入） ②	申請金額 （①か②の少ない額）
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	自己負担額の合計	円	申請金額の合計	円