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** | 　 | **生年月日** |
| **氏名** | 　 | **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）

（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 |
|  | 自己負担額の合計 | 円 | 申請金額の合計 | 円 |