

予防接種費用助成申請書

遠別町長 様

下記の者の、予防接種に要した費用助成を申請します。
なお、申請内容の確認に当たり、遠別町が住民基本台帳を閲覧すること及び確認等が必要な場合は接種医療機関等に問い合わせることに同意します。

(申請日) 年 月 日

【申請者】

フリガナ	エンベツ ハナコ
氏名	遠別 花子 印
日中連絡先	【被接種者との続柄 : 本人・家族(続柄 本人)・その他()】 ▲▲▲ - ▲▲▲▲ - ▲▲▲▲
住所	〒098-●●●●● 天塩郡遠別町字本町●町目●番地 (建物名等)

【被接種者】

フリガナ	エンベツ ハナコ	生年月日	昭和 ●● 年 ● 月 ●● 日 (満 ●● 歳)
氏名	遠別 花子		
住所	☒ 申請者と同じ		
接種した 予防接種 の種類	対象疾病名 : 接種内容 インフルエンザ 1回目・2回目・3回目・() 带状疱疹(組換) 1回目 2回目・3回目・() : 1回目・2回目・3回目・()	対象疾病名 : 接種内容 新型コロナ 1回目・2回目・3回目・() : 1回目・2回目・3回目・() : 1回目・2回目・3回目・()	

【振込先】 ※原則として申請者の口座を指定してください

口座名義人	カナ エンベツ ハナコ
金融機関名	●● ●● 銀行 信金 農協 ●● 本店 支店 支所・出張所
預金種別	普通 当座 口座番号 ●●●●●●●●

【添付書類】 医療機関の発行した領収書・明細書 (予防接種名がわかるもの)

通帳等、振込先の口座番号が確認できるものの写し

申請者本人を確認できるもの(マイナンバーカード・運転免許証 等)

※虚偽の申請・その他の不正行為により助成金を受けたことが発覚した際は、その全額または一部の返還を
求める場合があります。

遠別町使用欄

本人確認	来庁者	確認事項
①番・免・パ・手・他 () ②証・年金・児童・バス・社員・学生 他 ()	☐ 本人 ☐ 代理人 代理権確認手段 ()	☐ 住民登録 ☐ 予防接種領収書(写) ☐ 助成額積算表 ☐ 他 ()