

松川町県外定期予防接種補助金交付申請書兼請求書

松川町長

申請者	申請日	令和 年 月 日		
	住所	〒		
	氏名	印	接種を受ける人との続柄	
	電話			

松川町県外定期予防接種補助金について、松川町県外定期予防接種補助金要綱第6条の規定により、添付書類を添えて下記のとおり補助金の交付を申請します。

記

接種を受けた人 ※住民票の住所を記入してください	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	年	月	日	(歳 か月)
	住所	〒399- 松川町			
予防接種を受けた 医療機関	電話				
	名称				
	所在地				
予防接種の種類	期・回数	接種日	領収書金額 (実績) (A)	補助限度額 (B) ※町記入	申請(請求)金額 (A)と(B)の ち少ない額
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
合計					

振込先

※太枠内は町で記入します

金融機関名		銀行・金庫・農協			本店・支店・出張所	
預金種別	普通・当座	口座番号	番号(左づめで記入)			フリガナ

添付書類

- ・ 予防接種予診票の原本か写し
- ・ 接種に要した金額のわかる領収書
- ・ A類疾病の場合は母子手帳の写し
- ・ B類疾病で実施依頼書交付申請書と申請者が異なる場合は、委任状