

大郷町こども任意予防接種費用助成申請書

年 月 日

大郷町長 殿

申請者 住 所 大郷町

氏 名

連絡先 — —

大郷町こども任意予防接種費用助成要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

被接種者	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日（年齢）	年	月	日生（ 歳）
種 類 ※いずれかに○		おたふくかぜ ・ こどもインフルエンザ こどもインフルエンザ経鼻弱毒生インフルエンザワクチン		
申請額	円			
	【注意事項】 ・助成上限額（1回） おたふくかぜ：4,000円 ・助成上限額（1回の接種につき） インフルエンザ：2,000円 ※接種者の年齢により、助成回数が異なります。 ※経鼻弱毒生インフルエンザワクチンの助成上限額は、接種者の年齢により異なります。 2歳以上13歳未満の者 4,000円 13歳以上18歳に達する日以降の最初の3月31日までの者 2,000円 ※接種費用が助成額を下回る場合は、接種費用が助成額となります。 ※生活保護世帯の場合は、接種費用全額を助成します。			
振込先 ※申請者の口座を記入	金融機関	銀行・信金 信組・農協 労金		本 店・支 店 出張所・支 所
	種 別	普 ・ 当	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人		()	
同意欄	私は、こども任意予防接種費用助成申請にあたり、次の事項に同意します。 ☐ 大郷町と医療機関が、助成に必要な情報を共有すること			

添付書類： ☐領収書原本（被接種者の氏名・接種日・ワクチン名・支払い金額・接種医療機関名の記載、領収印があるもの）
☐振込先口座の通帳又はキャッシュカードの写し
☐おたふくかぜの場合は、接種記録（母子健康手帳等）の写し
☐生活保護世帯の場合は、生活保護受給者証の写し

助成決定額	円
-------	---