

(様式第1号)

岩手町おたふくかぜ予防接種費助成申請書兼請求書

年 月 日

岩手町長 佐々木 光司 様

申請者 住所 _____

氏名 _____ 印

電話番号 _____

岩手町おたふくかぜ予防接種実施要領第5の規定により、おたふくかぜ予防接種費の助成を受けたいので、下記書類を添付のうえ申請・請求いたします。

添付書類

- 領収書の写し（医療機関が発行するものでワクチン接種費用が分かるもの）
- 母子健康手帳の写し（おたふくかぜ予防接種の接種年月日等が分かるもの）

請求金額	円 (助成限度額 5,000円)						
被接種者 (予防接種を受けた者)	住 所	岩手町大字					
	氏 名	申請者との続柄 ()					
	生年月日	(平・令) 年 月 日(歳)					
予防接種を受けた日	令和 年 月 日						
予防接種に要した費用	(別紙領収書のとおり) 円						
振込先金融機関名	銀行・信用金庫・信用組合・農協 本店・ _____ 支店・支所						
(フリガナ) 口座名義							
口座種別・口座番号	普通・当座						

- 備考 1 口座名義は申請者と同一にお願いします。
2 接種した年度の末日までに提出してください。