（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（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
* 予防接種済証

|  |  |
| --- | --- |
| 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。