

様式第6号(第6条関係)

法定外予防接種費助成申請書兼請求書

接種を受けた者	住 所	那珂川町
	フリカ、ナ 氏 名	
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生
	電話番号	
予防接種を受けた日	令和 年 月 日	
予防接種の種類	風しん(成人)・麻しん風しん(成人) 高齢者用肺炎球菌(定期以外) インフルエンザ(小児) インフルエンザ(高校1年生以上65歳未満) (接種を受けたものに○をつける)	
医療機関及び医師		
予防接種に要した金額	円	
振込金融機関	( ) 銀行・農協・信組 支店	
(ふりがな)		
口座名義		
口座種別	普通 当座	
口座番号		

◎予防接種予診票・領収書を添付して下さい。

◎接種後60日以内に健康福祉課、子育て支援課窓口まで提出してください。

上記のとおり予防接種を受けたので、助成金を支給されたく請求いたします。

令和 年 月 日

那珂川町長 様

被接種者・申請者氏名

㊞

(町記入)

助成決定額	円
-------	---