

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
	フリガナ 氏 名	
	生年月日	年 月 日
	電話番号	
予防接種を受けた日	年 月 日 / 年 月 日	
予 防 接 種 の 種 類 (接種を受けたものに○をつける)	風しん(成人) ・ 麻しん風しん(成人) 高齢者用肺炎球菌 インフルエンザ ・ おたふくかぜ(小児) 帯状疱疹(生ワクチン) 帯状疱疹(組換えワクチン)	
医療機関及び医師		
予防接種に要した金額	合計	円
振 込 金 融 機 関	( )	銀行・農協・信組 支店
フリガナ		
口座名義	(被接種者・児にあっては保護者)	
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。

年 月 日

那珂川町長 様

被接種者・保護者名

Ⓜ

(町記入)

助 成 決 定 額	円
-----------	---