

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 ・ おたふくかぜ〔小児〕 インフルエンザ【皮下 ・ 経鼻】 带状疱疹【生ワクチン ・ 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・児にあつては保護者)		
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
-----------	---