

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	
	フリカゝナ 氏 名		
	生年月日	年	月 日生
	電話番号		
予防接種を受けた日	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)・おたふくかぜ(小児) 带状疱疹(生ワクチン) 带状疱疹(不活化ワクチン) (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。

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
-----------	---