様式第５号（第10条関係）

定期予防接種負担金交付申請書

年 　　月 　　日

下　郷 町 長　　様

住所

申請者　氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

電話

　下郷町予防接種実施要綱第10条第１項の規定により、次のとおり交付申請します。なお、私は、この申請に基づく交付決定に当たり、確認が必要な場合には、接種した医療機関に町が問い合わせすることに同意します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者氏名生年月日 | 続柄 | 接　種　日 | 予 防 接 種 名（回　数） | 予防接種料　　金 | 申請額 |
| 年　　月　　日 |  | 年　　月　　日 | （　　　　回目） | 円 | 円 |
| 年　　月　　日 |  | 年　　月　　日 | （　　　　回目） | 円 | 円 |
| 年　　月　　日 |  | 年　　月　　日 | （　　　　回目） | 円 | 円 |
| 年　　月　　日 |  | 年　　月　　日 | （　　　　回目） | 円 | 円 |
| 年　　月　　日 |  | 年　　月　　日 | （　　　　回目） | 円 | 円 |
| 助成金額合計 | 円 |

注１）申請書には次の書類を添付してください。

　①　定期予防接種の費用を支払ったことを証する書類（領収書等）

　②　町に提出する予診票又は定期予防接種を受けたことを証する書類（母子手帳又は予防接種の記録）