**様式第３号**

**高齢者予防接種費用助成申請書**

**年　　月　　日**

**申請先　熊取町長**

**住　　所**

**申請者 氏　　名　　　　　　　　　 　　 　　　　　　　　印**

**電話番号（ 　　　　　）　　 　　－**

**契約医療機関以外で接種した予防接種費用の助成を受けるため、必要書類を添えて下記のとおり予防接種費用の助成を申請します。**

**交付決定後は下記口座への振り込みを依頼します。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **被接種者** | **住　　所** | **熊取町** | | |
| **フリガナ** |  | **生年月日** | **年　　月　　日** |
| **氏　　名** |  | **電話番号** |  |
| **接種医療機関名** | |  | | |

**こちらは太枠内のみご記入ください。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **接種日** | **予防接種の種類** | **予防接種費用（A）** | **予防接種委託料単価額（B）** | **自己負担額（C）** | **助成金（※）** |
| **年　　月　　日** |  | **円** | **円** | **円** | **円** |
| **年　　月　　日** |  | **円** | **円** | **円** | **円** |
| **年　　月　　日** |  | **円** | **円** | **円** | **円** |
| **年　　月　　日** |  | **円** | **円** | **円** | **円** |
| **助成金合計** | | | | | **円** |

**（※）予防接種費用（A）と予防接種を受けた年度の町における予防接種委託料単価額（B）のいずれか低い額から自己負担金額を**

**控除した額**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **振込先** | **銀行・信用金庫**  **農協・信用組合** | | **口座名義** | **ﾌﾘｶﾞﾅ** |
|  |
| **支店・支所** | |
| **種別** | **普通　・　当座** | **口座番号** |  |

**添付書類（申請書と一緒に提出して下さい。）**

**１ 予防接種を行った医療機関の発行する領収書**

**２ 本町が交付した予診票(熊取町保存用)**

**３ 助成金振込先の金融機関、カナ名義及び口座番号が確認できるものの写し**