

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	フリガナ
	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