（様式第２号）

**任意接種費用助成金償還払申請書兼請求書**

【おたふくかぜ（１歳 ・ 年長）　・　季節性インフルエンザ（中学３年生）用】

　　　　年　　　　月　　　日

　宇多津町長　　様

助成金の償還払いを受けたいので、次のとおり、関係書類を添えて申請及び請求します。

なお、本申請の審査に必要な範囲で、住民基本台帳等の確認を行うことに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ申請者（保護者）氏名 |  | 子との続柄 |  |
| 申請者住所 | 〒📞（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| フリガナ子の氏名 |  |
| 子の生年月日 | 平成・令和　　　　　　年　　　　　月　　　　　日（　　　　　　歳　　　　　　か月） |
| 接種した年月日 | 　　　　　　年　　　　　 月　　　　　 日 |
| 接種した医療機関 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　市・町）　 |
| 予防接種の種類 | おたふくかぜ（ １歳 ・ 年長 ）　・　季節性インフルエンザ（中学３年生） |
| 医療機関にて支払った金額 | 円 | 助成金請求額 | 円 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振込先口座 | 金融機関の名称 | 銀行・信用金庫農協・信用組合 | 支店　出張所 |
| 預金種別 | 普通 ・ 当座 | 番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フ　リ　ガ　ナ |  |
| 口座名義人※申請者と同じ |  |

【添付書類】

・予診票（原本または写し）

・領収書（原本）

・振込先口座が確認できる預貯金通帳表紙裏面等の写し