

(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