

豊浦町任意予防接種費用助成申請書

被接種者	フリガナ				生年月日	年	月	日生
	氏名					(歳)		
	住所	〒			電話番号 () -			
予防接種	おたふくかぜ ・ 風しん							
回数								
接種日								
接種費用								計

豊浦町長 様

任意予防接種費用について、償還払を申請します。

年 月 日

※被接種者が乳幼児、学生の場合は保護者

申請者氏名 (印)

※被接種者と同じ場合は記入不要

申請者住所 〒 電話番号 () -

申請者以外の口座に振り込む場合は、下記に記入してください。

住所

上記申請額の受領を (印) に委任します。

氏名 (印)

住所

委任者 氏名 (印)

口座振替 依頼欄	銀行 信金 農協 漁協	本店 支店	種目	口座番号					
			1普通預金 2当座預金 3その他						
フリガナ									
口座 名義人									

※添付書類

- ① 当該申請の対象であるワクチン接種の領収書
- ② 抗体検査の結果が陰性と確認できる書類（風しんのみ）
- ③ その他町長が必要とみとめるもの