別記様式（第７条関係）

三種町任意予防接種費用助成交付申請書兼請求書

年　　月　　日

三 種 町 長　　様

（申請者）

住所　三種町

氏名

（電話　　）

三種町任意予防接種費用助成事業実施要綱第７条第２項に基づき、下記ワクチン接種実費負担分の支給を申請します。

被接種者	氏　　名	（性別）男 ・ 女
	生　年　月　日	年　　月　　日
	住　　所	※申請者と異なる場合のみ、ご記入ください。
	申請者との続柄	

接種ワクチン名（該当ワクチンに・を記入してください）		接種医療機関名 接種時月齢	申請額
	おたふくかぜ予防ワクチン	満　歳　か月	円
	インフルエンザ予防ワクチン　１回目	満　歳　か月	円
	インフルエンザ予防ワクチン　２回目	満　歳　か月	円
	帯状疱疹予防ワクチン	満　歳　か月	円
申　請　額　合　計			円

（添付書類）

１　予防接種を受けたことが証明できる書類（母子健康手帳、予防接種接種済証等）の写し

２　ワクチン接種料金領収書の写し

【振込先】※申請者と振込先名義人が違う場合は、受領委任欄にも記載が必要です。

金融機関名	銀行・信用金庫・農協・ゆうちょ銀行	
本店・支店名	本店・支店・支所	
預金種別	１　普通　　２　当座	
口座番号		※右詰で記入してください
（フリガナ）		
口座名義人		

本申請に基づく助成金の受領を次の代理人に委任します。

年　　月　　日

（委任者）氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

※委任者は、申請者と同じ方になります。

（代理人）住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞