

蔵王町任意予防接種費用助成事業償還払申請書兼請求書

年 月 日

蔵王町長 殿

蔵王町任意予防接種費用助成金について、次のとおり関係書類を添えて請求します。

太枠内をご記入ください。

申請者氏名		㊞ 接種者との関係 ()		
接種者氏名		生年月日	年 月 日 (歳 カ月)	
住 所		蔵王町		電話番号 ()
		(住所地以外に居住している場合は記入)		電話番号 ()
接種ワクチン区分		接 種 日	接 種 医 療 機 関	助成金額 (請求金額)
<input type="checkbox"/> ロタリックス (2回) <input type="checkbox"/> ロタテック (3回) <input type="checkbox"/> おたふくかぜ (1回) <input type="checkbox"/> ()	1回目	年 月 日		円
	2回目	年 月 日		円
	3回目	年 月 日		円
				合計金額

※助成金額は、1回につき自己負担した接種費用から1,000円差し引いた全額となります。

振込先	銀行・農協・信用組合 信用金庫・労金				支店・本店 支所・出張所			
	金融機関コード		支店コード		口座番号			
					普通			
	フリガナ							
	口座名義人							

〈役場記入欄〉

確認欄	医療機関領収書	<input type="checkbox"/>	(受付印)	(受付者)	(確認者)
	予防接種済証(母子健康手帳)	<input type="checkbox"/>			
	預金通帳	<input type="checkbox"/>			
	蔵王町に住民登録がある	<input type="checkbox"/>			