

様式第2号（第7条）

蔵王町任意予防接種費用助成金申請書兼請求書（償還払）

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		ヵ月)	
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）
□おたふくかぜ（1回） □（ ）	1回目	年 月 日			円
	2回目	年 月 日			円
			合計金額		円

【助成金額の例】

▶おたふくかぜは、接種に支払った費用から自己負担金 1,000 円を差し引いた額をご記入ください。

▶インフルエンザは、接種1回につき町の上限助成金額は 3,680 円です。3,680 円とご記入ください。ただし、接種に支払った費用が 3,680 円より低いときは実費をご記載ください。中学3年生は町の助成上限額 4,680 円です。支払った額が 4,680 円より低いときは実費をご記入ください。

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	医療機関発行領収書	□	(受付印)	(受付者)	(確認者)
	予防接種済証(又は母子健康手帳・診療明細書)	□			
	預金通帳	□			
	蔵王町に住民登録がある	□			