様式第3号（第9条関係）

年　　月　　日

庄内町長　　富　樫　　　透　　宛

県外予防接種費用助成金交付申請書

申請者　住所

氏名

電話

　庄内町県外予防接種費用助成金交付要綱第9条の規定により、必要書類を添えて次のとおり助成を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | 氏名 |  | 生年月日 | 　　年　 月 　日 |
| 接種先 | 医療機関名 |  |
| 所在地 |  |

1　申請額内訳

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 予防接種名 | 接種年月日 | 接種料金 | 申請額 |
|  | 　年　月　日 | 　　　　　　円 | 円 |
|  | 　年　月　日 | 　　　　　　円 | 円 |
|  | 　年　月　日 | 　　　　　　円 | 円 |
|  | 　年　月　日 | 　　　　　　円 | 円 |
|  | 合　　計 | 円 |

2　助成金振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 本・支店名 |  |
| 種目 | 普通　　・　　当座　　・　その他（　　　　　　　） |
| 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

(注)　申請者名義の口座を記載してください。

添付書類

(1)　予防接種に係る領収書又は支払証明書

(2)　予防接種予診票