

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

須恵町長 殿

申請・請求者 住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

電話番号 _____

須恵町麻しん予防接種助成金交付申請書兼請求書

下記のとおり、麻しんワクチン、MRワクチン接種費用を支払いましたので、必要書類を添えて接種費用を申請及び請求いたします。

なお、申請内容について町が保有する個人情報について閲覧・調査すること及び医療機関に問い合わせることに同意いたします。

施設名 【 _____ 】			
※該当する児童福祉施設に○を付けてください。 ①幼稚園 ②認定こども園 ③保育所 ④地域型保育事業所 ⑤ファミリーホーム ⑥認可外保育施設 ⑦乳児院 ⑧児童養護施設 ⑨福祉型障がい児入所施設 ⑩福祉型児童発達支援センター等 ⑪児童心理治療施設			
被接種者氏名		生年月日	
被接種者住所	※申請者と同一の場合は記入不要		
接種医療機関名 (電話番号)	(Tel _____)	接種年月日	年 月 日
予防接種の種類 (□にチェックしてください)	接 種 費 用	限 度 額	申 請 額
<input type="checkbox"/> 麻しんワクチン	円	5,000円	円
<input type="checkbox"/> MRワクチン			
次の金融機関の口座に振り込んでください。 ※通帳確認のうえ、記入してください。 (振込先の口座名義人は、申請者または接種対象者と同一としてください。)			
金融機関名	銀行	支店	
	農協	出張所	
預金種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ 口座名義人			
添付書類 (申請に必要なもの)	○児童福祉施設等で勤務していることが分かる証明書（職員証など） ○対象予防接種に要した費用が確認できる書類（領収書など） ○対象予防接種を受けた日が確認できる書類（診療明細書又は予診票の写しなど） ○被接種者の予防接種履歴が確認できる書類（母子健康手帳など） ○その他町長が必要と認める書類		
過去の麻しん予防接種の履歴	なし ・ 1回 ・ 不明		