

年 月 日

長与町長 様

申請者（保護者）

住 所

氏 名

印

委託外定期予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

次のとおり委託外定期予防接種費用助成金の交付を申請します。

被接種者	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
	住 所	〒 長与町	
助成申請金額（請求額） ※長与町で記入します		円	
振 込 先	金融機関名	銀行	支店
	預金種別	（ 普通 ・ 当座 ）	
	口座番号		
	フリガナ		
	口座名義人		

備考

- 1 太枠は長与町で記入します。
- 2 振込先の口座名義人は、申請者と同一としてください。
- 3 必ず医療機関の発行した領収書及び母子健康手帳の写し又は予診票などの接種記録が分かるものを添付してください。

予防接種名	接種年月日	接種費用	※太枠は長与町で記入します。	
			助成上限額	助成対象額
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円

助成申請合計金額	円
----------	---

備考

- 1 太枠は長与町で記入します。
- 2 助成対象額は、接種費用と町が定める助成上限額のどちらか少ない方の金額になります。