

年 月 日

長与町長 様

申 請 者
住 所
氏 名

委託外定期予防接種費用助成金交付申請書兼請求書＜R S ウイルスワクチン＞

次のとおり委託外定期予防接種費用の助成を受けたく、関係書類を添えて申請します。
なお、助成金の交付決定があった場合は、接種費用又は助成上限額のいずれか低い額を請求します。

被接種者	氏 名			
	生年月日	年 月 日		
	住 所	〒 ー 長与町		
接 種 費 用		円（別紙領収書のとおり）		
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。

【※下記は、長与町が記入します。】

助成上限額	円	申請額（接種費用）	円
		助成決定額	円

※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。