

別記様式(第4条関係)

予防接種費助成申請書兼請求書

予防接種を受けた者	住 所	那珂川町
	(フリガナ)	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日生
	電話番号	
予防接種を受けた日	年 月 日	
予防接種の種類	四種混合 ・ 三種混合 ・ 二種混合 麻しん風しん ・ 日本脳炎 ・ BCG ・ ポリオ ヒブ ・ 小児用肺炎球菌 ・ 水痘 ・ 子宮頸がん インフルエンザ ・ 高齢者用肺炎球菌 ・ B型肝炎 (接種を受けたものに○をつける)	
医療機関及び医師		
予防接種に要した金額	円	
振込金融機関	( ) 銀行・農協・信組 支店	
(フリガナ)		
口座名義	(被接種者・児にあつては保護者)	
口座種別	普通 当座	
口座番号		

◎ 予防接種予診票・領収書・母子手帳のコピーを添付して下さい。

◎ 接種後60日以内に健康福祉課・子育て支援課まで提出してください。

上記のとおり予防接種を受けたので、助成金を支給されたく請求いたします。

年 月 日

那珂川町長 様

被接種者・保護者名

印

(町記入)

助成決定額	円
-------	---