

府中町予防接種費用助成申請書

フリガナ		住 所	府中町
被接種者氏名			
生 年 月 日	T・S H・R 年 月 日生	接種年月日	令 和 年 月 日
予防接種の種類		支払金額	円
接種医療機関の 名称及び所在地	別紙 予防接種予診票のとおり		
申請理由	府中町予防接種依頼申請書のとおり		
添付書類	☐ 領収書 ☐ 予防接種予診票 ☐ その他（ ）		
償還払いの 受け取り方法	☐ 窓口での受け取り ☐ 銀行口座への振込		
府 中 町 長 上記のとおり、関係書類を添えて予防接種の費用助成を申請します。 令和 年 月 日 申請者 (住所) 〒 (※1) (氏名) (電話番号) (被接種者との続柄)			
(※1) 被接種者が未成年（18歳未満）の場合は保護者、成人（18歳以上）の場合は、本人が申請者となります。			

予防接種の費用助成を下記の口座（※2）に振り込んでください。

(※2) 原則として、申請者本人の口座としてください。被接種者が未成年（18歳未満）の場合は保護者の口座、成人（18歳以上）の場合は本人の口座となります。申請者と口座名義人が異なる場合には、委任状を提出してください。

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合						本店 支店 出張所		種目	普通預金 当座預金 その他
口座番号								フリガナ		
								口座名義人		

以下、町記入欄

助成決定 年月日	R 年 月 日	債権者 コード		確認者
助成金額	円			
支払金額	円	< > = 予防接種 単価	円	

受付印