

定期予防接種費用助成（払戻）申請書

年 月 日

府中町長

申請者 ※被接種者が18歳以上の場合は本人が、18歳未満の場合は保護者が申請者になります。	住所	〒 _____ (電話番号: _____)		
	氏名	_____		被接種者との続柄 _____

府中町予防接種費用助成金交付要綱第8条の規定により、次の書類を添えて予防接種費用の助成を申請します。なお、この申請に必要な情報について、府中町が住民基本台帳等を確認すること及び予防接種を実施した医療機関に対しワクチンの接種等について問い合わせることに同意します。

添付書類 ※提出前に書類を確認し、✓をつけてください。

- 当該予防接種の予診票【原本】
- 接種した医療機関の領収書・明細書【原本】（接種日/ワクチン名/被接種者氏名/支払金額/医療機関名を要確認）
- 申請者の振込先金融機関の通帳等の写し（「3 振込先口座」の記入項目の内容が確認できるもの）

1 被接種者

氏名	<input type="checkbox"/> 同上	性別	男 ・ 女
生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 (満 _____ 歳)		
住所	<input type="checkbox"/> 同上 〒 _____ - _____		

2 自己負担額

※太枠内は記入しないでください。

予防接種の種類	期・回数	自己負担額 A	上限額 B	申請額(AとBのうち少ない額)
合計金額				

3 振込先口座 ※申請者本人が名義人の口座を記入してください。

金融機関名	銀行・農協 信用金庫・信用組合		本店・支店 出張所・店番※ ※ゆうちょ銀行の場合	
預金種別	普通・当座	口座番号	番号(右づめで記入)	(フリガナ)
			_____	口座名義人

----- 以下の欄は記入しないでください -----

【申請者の本人確認書類】 A1点のみで可/ B2点でも可/ B1点とC1点でも可

- A 顔写真付の公的証明書** 運転免許証 マイナンバーカード パスポート 身体障害者手帳
- B 顔写真付きでない公的証明書** 資格確認証 介護保険証 年金手帳 年金証書
- 基礎年金番号通知書 生活保護受給者証 その他(_____)
- C 補足資料** キャッシュカード 通帳 クレジットカード (名義人の印字があるもの)
- 学生証 その他(_____)

受 付 印