様式第１号（第５条関係）

任意予防接種に係る費用助成申請書兼請求書

　　　年　　月　　日

　西伊豆町長　様

　　　　　　　　　　　　　申請者（保護者）

　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　続　　柄

　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

西伊豆町任意予防接種費用助成事業実施要綱第５条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  対象者氏名 |  | | 男･女 | 生年月日 | | 年 　月 　日 | |
| 接種日年齢 | | 歳　　　月 | |
| 住所 |  | | | | | | |
| 予防接種名 |  | | | | | | |
| 医療機関名 |  | | | | | | |
| 接種金額 | 円 | | | | | | |
| 申請額 | 円 | | | | | | |
| 口座振込先 | 金融機関名 | 銀　　行　　　　　　　　本　店  金　　庫　　　　　　　　支　店  　　　農　　協　　　　　　　　支　所  　　信漁連　　　　　　　　出張所 | | | | | |
| 口座種別 | 普通･当座 | | | フリガナ  口座名義人 | |  |
| 口座番号 | № | | |
| 備考 |  | | | | | | |

添付書類：領収書（「被接種者名」及び「ワクチン名」が明示されているもの。）

提示書類：小児の場合は、母子健康手帳（接種日が明示されているもの。）