

板倉町風しんワクチン接種費用助成金申請書兼請求書

板倉町任意予防接種費用助成金を接種費領収書を添えて申請いたします。

なお、この申請に基づく交付決定にあたり、板倉町が保有する情報について閲覧し、又は調査すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

助成金の交付が決定された際は、下記の口座に振込みをしてください。

板倉町長 様

令和 年 月 日

申請者

住所

氏名

被接種者との続柄

電話

()

被接種者	氏名		生年 月日	(和暦) 年 月 日
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	<input type="checkbox"/> 申請者と異なる（以下記入する） 板倉町			
対象区分	<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性またはその夫 <input type="checkbox"/> 妊婦の夫 <input type="checkbox"/> 満2歳から小学6年生までの者で定期接種の機会を逃した者			
接種状況	種別	接種日	接種費用	
	<input type="checkbox"/> 風しん単独ワクチン <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合(MR)ワクチン	令和 年 月 日	円	
請求額	<input type="checkbox"/> 風しん単独助成金 _____ 円 ※助成金 3,000円と接種費用を比べ低い方を記入			
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合助成金 _____ 円 ※助成金 5,000円と接種費用を比べ低い方を記入			

振 込 口 座	い ず れ か を 記 入	ゆうちょ銀行 以外の 金融機関	銀行 農協 信用金庫	本店 支店 出張所					
			金融機関 コード	店番号					
			普通・当座	口座番号（右づめで記入してください）					
			口座名義人	(フリガナ)					
		ゆうちょ銀行	店番号	口座番号（右づめで記入してください）					
			口座名義人	(フリガナ)					

〔町確認欄〕 ※記入しないでください

対象者確認	<input type="checkbox"/> 住所	<input type="checkbox"/> 罹患歴なし	<input type="checkbox"/> 予防接種歴(1回、なし又は不明)	<input type="checkbox"/> 抗体価
助成金確認	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯	<input type="checkbox"/> 中国残留邦人等の支援給付世帯	<input type="checkbox"/> 災害等の世帯	
交付確認	<input type="checkbox"/> 交付	【交付決定金額】 _____ 円	(上記世帯は全額助成)	
	<input type="checkbox"/> 不交付	[理由]		