（様式１）

児童任意予防接種費助成金申請書兼請求書

令和　　年　　　月　　　日

阿南町長　勝野　一成 　様

申請者（保護者）

　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　阿南町

　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　　　　　（　　　）

任意予防接種費　おたふくかぜ　ワクチン予防接種助成金の交付を受けたいので、領収書及び接種済証の写しを添えて請求します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 接 種 者 | 住所 | 下伊那郡阿南町　　　　　　　　　　番地（行政区　　　　　　　） |
| 氏名 |  | 生年月日 | H・R　　年　　月　　日(　　　歳） |
|  | H・R　　年　　月　　日(　　　歳） |
|  | H・R　　年　　月　　日(　　　歳） |
| 医療機関名 |  |
| 接　種　日 | 令和　 　年 　　月 　　日 | 令和 　　年 　　月 　　日 |
| 予防接種料金（消費税込） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 助成金交付申請額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 振 込 先金融機関 | 銀行信金農協 | ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ口座名義人 |  |
|  |
| 口座番号 | 普通　・　当座 |
| 支店・支所 |  |

・申請者以外の口座振込希望の場合は、下記に申請者名を記入し押印してください。

・口座名義人が申請者本人の場合は記入不要です。

　　　支給される助成金の受領については、上記口座名義人に委任します。

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者 氏 名

【町記入欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 助成金交付決定金額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

注　意　　(1)太枠の中を記入してください。

　　　　　(2)**領収書（正本）と母子手帳の写しを添付**してください。