

伊根町予防接種補助金交付申請書

予防接種を受けた者の 氏名		男・女	生年月日	年 月 日
予防接種の種類・接種 した病院等	予防接種の 種類			
	医療機関名			
	住 所			
	実施医師名	*医師名が不明の場合は記入不要		
予防接種を受けた日	年 月 日			
接種が必要であった 理由				
予防接種に要した費用	円			
上記のとおり、予防接種補助金の交付を申請します。 なお、申請にあたり、対象者等の確認のため住民基本台帳を閲覧することについて同意します。 年 月 日 伊根町長 様 申請者 住所 氏名 (続柄)				

予防接種補助金を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依 頼 欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	種 目	口 座 番 号					
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金 3 そ の 他						
	フリガナ								
	口座名義人								

注意事項

- ① 予防接種を受けたことがわかる領収書を添付のうえ請求してください。
- ② 領収書には、接種日、支払い金額、接種医療機関、ワクチン名の記載があることをご確認ください。（領収書にワクチン名が記載されていない場合は、予診票のコピー等を添付して下さい。）