

様式第1号(第4条関係)

湧別町子ども任意予防接種費用助成申請書

令和 年 月 日

湧別町長 刈 田 智 之 様

申請者 住 所

氏 名

被接種者との関係()

電 話

任意予防接種費用助成金の交付を受けたいので、湧別町子ども任意予防接種費用助成実施要綱第4条の規定により申請します。

被 接 種 者	(ふ り が な)		
	氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日	
任意の予防接種を受けた年月日		年 月 日	
任意の予防接種を受けた医療機関名			
任 意 の 予 防 接 種 名		流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	
任 意 の 予 防 接 種 金 額		円	
助 成 金 額		円	
定期の期間内に接種できなかった理由			
助成金振込先 (申請人口座に 限る。)	金 融 機 関	銀行・信金 農協・漁協	本店・支店 本所・支所
	預 金 種 目	当座・普通	口 座 番 号
	ふ り が な		
	口座名義人		

本流行性耳下腺炎の予防接種は、自らの意思で行ったものであり、副反応その他の健康被害が生じた場合は、自ら独立行政法人医薬品医療機器総合機構に申請手続きを行うものであります。

このことを確認し、同意します。

申請者自書 _____

(添付書類)1 医療機関発行の領収書

2 任意の予防接種を受けたことを証明できるもの(予防接種済証又は母子健康手帳等)