

様式第3号（第4条関係）

予 防 接 種 料 助 成 申 請 書

令和 年 月 日

湧別町長 様

請求者 住所 湧別町

氏名

(被接種者との関係)

電話番号

予防接種の償還払いを受けたいので、湧別町定期予防接種費用助成事業実施要綱第4条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請及び請求します。

1 被接種名等

被接種者	氏 名			生年 月 日	年 月 日
	住 所	湧別町			
接種年月日		・ ・ ・	・ ・ ・	・ ・ ・	・ ・ ・
予防接種の種類					
接種医療機関					
接種に要した費用		円	円	円	円

2 振込先

振込先	金 融 機 関	銀行・組合 信用金庫			本店 支店・支所
	種 別	普通・当座	口座番号		
	(フリガナ) 口座名義人				

添付書類：接種医療機関発行の領収書
母子手帳の予防接種記録又は接種済みを証する書面

(町記載欄)

助成決定額	円
-------	---