

播磨町定期予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

播磨町長 様

裏面「予防接種内訳書」のワクチンを、協力医療機関以外の医療機関において自己の負担で接種しましたので、必要書類を添えて接種費用の助成を申請し、及び請求します。

申請者	ふりがな		被接種者との 続柄	
	氏名	Ⓜ		
	住所	〒 播磨町 電話番号		
被接種者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	※申請者と異なる場合のみ記入 播磨町		
予防接種を受けた場所	都 道 市 区 (医療機関名) 府 県 町 村			
申請金額	円 (内訳は、「予防接種内訳書」のとおり)			

助成金の交付が決定されたときは、次に記載の口座に振り込んでください。
なお、申請者と口座名義人が異なる場合は、口座名義人に受領委任します。

振込先	金融機関	銀行 本店 信金・信組 支店 農協・労金 出張所 () ()	口座名義人	フリガナ
	口座番号	普通・当座		

(添付書類)

- 医療機関が発行する領収書及び診療明細書
- 母子健康手帳又は予防接種済証等の写し
- 予防接種予診票
- 振込先の分かるものの写し

記入欄	決定年月日	年 月 日
	決定額	円

予防接種内訳書

- ① 対象の予防接種は、あらかじめ播磨町定期予防接種実施依頼書の交付を受けたものに限りします。
- ② 助成金の申請は、それぞれの予防接種を受けた日から6か月以内です。
- ③ 助成金の額は、接種費用又は播磨町が加古川医師会と締結した委託契約書に定める上限額のいずれか低い方の額になります。

申請者記入欄			町記入欄	
接種年月日	予防接種の種類	接種費用	助成上限額	助成額
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
申請額合計		円	助成額合計	