

様式第2号（第7条関係）

法定外予防接種費用助成金申請書兼請求書

令和 年 月 日

小鹿野町長 様

住 所

申請者 氏 名

電話番号

被接種者との続柄

法定外予防接種費用の助成を受けたいので、小鹿野町法定外予防接種実施要綱第7条の規定により、次のとおり申請します。

なお、申請内容を確認するため、町の保有する個人情報を利用し、内容について必要に応じ関係機関へ照会することに同意します。

医療機関での支払額	金 円		
申請兼請求額	金 円		
被 接 種 者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同様	
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同様	
	生年月日	昭和 年 月 日生（ 歳）	
接種した法定外予防接種 ※該当する□にチェックを してください。	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌予防接種 <input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症予防接種 <input checked="" type="checkbox"/> 帯状疱疹予防接種 <input type="checkbox"/> 中学校3年生インフルエンザ予防接種		
接 種 し た 日	①令和 年 月 日 ②令和 年 月 日		
接種医療機関名称			
振 込 先	銀行 信用組合 信用金庫 農業協同組合		本店 支店
	預金種別	普通・当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義		

職員確認欄

添付書類： 領収書  接種証明書（ワクチンの種類が分かるもの）

確認事項： 50歳以上で定期予防接種の対象ではない

今まで町の帯状疱疹ワクチン助成を受けていない（TKCで履歴確認）