

比布町任意予防接種費用助成申請書

申請日 令和 年 月 日

比布町長 様

申請者（保護者） 住 所 比布町

氏 名

電話番号 ()

(※日中連絡のとれる連絡先をご記入ください)

予防接種費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

1. 申請金額 金 円

2. 接種者の氏名、生年月日

接種者氏名	接種者の生年月日	年齢（申請時）
	年 月 日	歳 か月

3. 申請予防接種内訳

予防接種名	回数	接種年月日	接種費用額	助成金額（当てはまる方に○）
おたふく かぜ	1回目	令和 年 月 日	円	2,000円 ・ 費用全額 (2,000円未満の場合)
	2回目	令和 年 月 日	円	2,000円 ・ 費用全額 (2,000円未満の場合)
季節性イン フルエンザ	1回目	令和 年 月 日	円	1,500円 ・ 費用全額 (1,500円未満の場合)
	2回目	令和 年 月 日	円	1,500円 ・ 費用全額 (1,500円未満の場合)
風しん	1回	令和 年 月 日	円	6,000円 ・ 費用全額 (6,000円未満の場合)
新型コロナ ワクチン	1回	令和 年 月 日	円	8,000円 ・ 費用全額 (8,000円未満の場合)

4. 振込先（過去に申請している場合も、必ずご記入ください）

振込先銀行名	種別（どちらかに○）	口座番号	口座名義（カタカナで記入）
(店)	普通 当座		

5. 同意欄（生活保護受給者のみ）

私は、任意予防接種費用助成に係る申請に関して、比布町が住民情報等について担当係へ照会することに同意します。

令和 年 月 日

氏 名

印

償還決定額

円

※領収書原本、母子健康手帳等で接種を証明できるものを添付してください。

*行政機関等において事務に必要なかつ相当な理由があると認められるときには、こちらの情報を利用・提供することがあります。

受付

確認