

年 月 日

扶 桑 町 長 様

申 請 者 住 所 扶桑町大字
(助成対象者)

氏 名 (続柄)

電話番号

扶桑町任意予防接種費助成金申請書兼請求書

扶桑町任意予防接種費助成事業実施要綱第3条の規定に基づき、下記のとおり申請(請求)します。

なお、申請内容について、町が保有する個人情報を読覧・調査すること及び医療機関等に問い合わせることに同意し、任意予防接種については、自らの意思で行うものであり、接種後、副反応その他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。

記

任意予防接種の種別	おたふくかぜ	
接種対象者	住所	(□申請者と同じ) 扶桑町大字
	ふりがな	
	氏 名	(□申請者と同じ)
	生年月日	年 月 日 (歳)
医療機関名		
接種日	医療機関の領収書の金額	助成(請求)金額
年 月 日	円	円
年 月 日	円	円
助成(請求)金額 合計		円

金融機関名	種別	口座番号	口座名義人
銀行 農協 金庫	店 普通 当座		ふりがな