

七ヶ浜町乳幼児予防接種費用助成金実績報告書兼請求書

年 月 日

七ヶ浜町長 殿

申請者住所 七ヶ浜町
 申請者氏名 _____ 印
 【被接種者との続柄】 _____
 連絡先 _____

次のとおり、予防接種の内容について報告し、併せて七ヶ浜町乳幼児予防接種費用助成金の交付を請求します。また、当該助成金について下記指定口座まで入金願います。

なお、助成を受けるに当たり必要があるときは、七ヶ浜町が住民基本台帳閲覧や医療機関に確認を行うことに同意します。

記

被接種者 (予防接種を受けた者)	ふりがな 氏 名								
	生年月日	年 月 日 (満 歳 ヶ月)							
	住 所	七ヶ浜町							
予防接種の種類		接種年月日		接種料金		助成金額 (町記載)			
合計金額									
接種を受けた医療機関名									
振 込 先	金融機関名				支店名				
	口座の種類	普通・当座		(ふりがな) 口座名義人					
	口座番号							(左詰記入)	

《添付書類》①領収書（原本）②予防接種の記録が記載されているもの（母子健康手帳、予防接種を受けた予診票等）
 ③通帳の写し（金融機関名、支店名、申請者本人の口座番号が確認できるもの）