

令和 年 月 日

深浦町長 殿

申請者 住所
氏名 続柄()
連絡先

深浦町予防接種助成金給付申請書

予防接種費用の償還払いを受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

被接種者	住所	深浦大字		
	フリガナ		性別	男 ・ 女
	氏名		生年月日	年 月 日
接種医療機関	医療機関名			
	所在地			

接種年月日	ワクチンの種類	期/回数	給付申請額

振込先口座情報	金融機関名	銀行 本店 信用金庫 支店 農 協 店番 (郵貯のみ)	
	預金種別	普通 ・ 当座	フリガナ
	口座番号		口座名義人

【深浦町記入欄】

助成対象額	助成決定額
円	円

(添付書類)

- ① 接種した医療機関の領収書の原本 (接種者本人の名前と接種年月日がわかるもの)
- ② 次のア又はイのいずれか1点
ア 予診票の原本又はその写し
イ 予防接種を受けたことを証明する書類 (予防接種済証等) の写し
- ③ 振込先口座の通帳又はカードの写し