

予防接種費用助成金申請書兼請求書

令和 年 月 日

会津坂下町長

申請者（請求者） 住所

氏名 ㊟

被接種者との続柄（ ）

電話番号

会津坂下町予防接種費用助成金を交付されるよう申請（請求）します

なお、受領する助成金は下記口座へ振り込みください

被接種者氏名			
生年月日	(満 歳 か月)		
保護者氏名			
予防接種名			
接種を受けた日 医療機関に支払った金額	令和 年 月 日	円	
	令和 年 月 日	円	
	令和 年 月 日	円	
	令和 年 月 日	円	
	合計	円	
接種医療機関	名称		
	所在地		
金融機関振込先 ※振込先の口座名義は請求者本人の物に限ります	金融機関名	銀行・金庫・組合	支店
	口座種別	普通	当座
	口座番号		
	(ふりがな)		
	名義人		

※ 被接種者が20歳以上の場合は、保護者氏名欄の記入は不要です

※ 予防接種費用は、自己負担分を差し引いた金額を町が定める範囲内で助成します