

受付番号 \_\_\_\_\_

益子町任意予防接種費用助成申請書 (小児用)

年 月 日

益子町長 大塚 朋之 様

下記の子予防接種を希望しますので、接種費用の助成を申請します。

記

【接種を希望する予防接種の種類】 ※希望するものに○印

( ) ロタウィルス予防接種 ( ) おたふくかぜ予防接種

【申請者 (保護者)】

自治会名

住 所 \_\_\_\_\_ ( )

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

【接種対象者 (接種を受ける方)】

ふりがな  
氏 名 \_\_\_\_\_ ( 男 ・ 女 )

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (満 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ カ月)

任意予防接種に係る請求書

年 月 日

益子町長 大塚 朋之 様

【請求者】住 所 益子町

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 TEL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 予防接種に要した経費 \_\_\_\_\_ 円を請求します。

【振込先】 \_\_\_\_\_ 銀行 \_\_\_\_\_ 支店 当座・普通  
 (銀行コード: \_\_\_\_\_) (支店コード: \_\_\_\_\_)

口座番号 \_\_\_\_\_ ふりがな \_\_\_\_\_  
 口座名義 \_\_\_\_\_

\* ふりがなは必ず記入してください。

【予防接種に関する事項】

|                  |       |         |       |
|------------------|-------|---------|-------|
| ふりがな<br>被接種者氏名   |       | 生年月日    | 年 月 日 |
| 接 種 年 月 日        | 年 月 日 | Lot. No |       |
| 接種医療機関           |       |         |       |
| 上記医療機関で<br>受けた理由 |       |         |       |

\*この請求書は、予防接種の領収書を添えて提出してください。