

吉見町長 様

吉見町任意予防接種助成金申請書兼請求書

申請者 住 所  
氏 名  
電 話  
(被接種者との続柄： )

標記について、吉見町任意予防接種助成金交付要綱第8条の規定に基づき、助成金の申請をします。

(ふりがな)					
被接種者名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
住 所	(〒 ) 電話番号 ( )				
ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 小児インフルエンザ <input type="checkbox"/> 帯状疱疹				
接種医療機関名					
予防接種を受けた年月日 (申請分のみ記載)	1回目	年 月 日			
	2回目	年 月 日			
申請金額	1回目	円	総 額		
	2回目	円			
支払先	金融機関 ( / 支店・本店・所) 口座番号 ( ) ふりがな 口座名義 ( )				

申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下記の「※委任状」に記入をお願いいたします。

<p>※委任状</p> <p>私は、支払口座名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p>
--

【提出書類】

- 被接種者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し（申請者と被接種者が異なる場合は双方のもの）
- 支払金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー（口座番号等確認用）
- 接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、支払証明証等）※原本に限ります。