

様式第2号(第7条関係)

横瀬町法定外予防接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

横瀬町長 様

住 所  
申請者 氏 名 印  
電話番号

法定外予防接種費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

医療機関での支払額	金 円		
申請兼請求額	金 円		
被 接 種 者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同様	
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同様	
	生年月日	年 月 日	申請者との続柄
接種した予防接種 (該当に○)		带状疱疹予防接種 ( 1回目 ・ 2回目 )	
		高齢者肺炎球菌予防接種	
		ヒトパピローマウイルス感染症(HPV)予防接種	
接 種 日	年 月 日		
接 種 医 療 機 関			
同 意 欄	この申請に基づく費用助成の審査に当たり、対象者であることを確認する必要があるときは、町の保有する申請者及び被接種者の個人情報を利用することに同意します。  署名 _____		
振 込 先		銀 行 信用金庫 信用組合 農 協	支店
	口座番号	普通 ・ 当座 NO.	
	フリカゝナ		
	口座名義		

※ 本紙に領収書(原本)及び予防接種済証(写し可)を添付してください。