

記入例

様式第4号（第7条関係）

養老町妊婦・小児インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書

令和4年 11月 8日

（あて先）養老町長

申請者（保護者）住 所 養老町高田 1234-1

被接種者が小児の場合、申請者は
被接種者の保護者です。

（自署又は記名押印）

氏 名 養老 太郎

印

電話番号 0584-32-0000

養老町妊婦・小児インフルエンザ予防接種費用助成金の交付を受けたいので、養老町妊婦・小児インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第7条第2項第2号の規定により、関係書類を添付して申請します。また、助成金の受給資格の確認に当たり、住民基本台帳及び医療機関等に対する確認を行うことに同意します。

被接種者	氏名	養老 梅子	申請者との続柄	子
	生年月日	平成27年4月29日生（7歳5ヵ月）		
助成額	1回目	接種日： 令和4年10月15日 医療機関名： 養老医院	助成額 1,000円	
	2回目	接種日： 令和4年11月8日 医療機関名： 養老医院	助成額 1,000円	
	合計	助成額 2,000円		
関係書類	(1) 住所、氏名及び年齢が確認できる書類 (2) 領収書その他の予防接種費用を支払ったことが分かる書類 (3) 予防接種の予診票又は予防接種済証の写し、接種記録のある母子健康手帳の写しのいずれか			

※ 助成額（負担金免除対象者は予防接種費用の全額を助成）

- | | | | | |
|------------------|------|----|---------|--------------|
| (1) 妊婦 | 助成回数 | 1回 | 助成額(上限) | 1回につき 2,000円 |
| (2) 6ヵ月以上から13歳未満 | 〃 | 2回 | 〃 | 1,000円 |
| (3) 13歳から中学校修了前 | | | | 1,000円 |

申請者の口座情報を記入してください。

振込先

金融機関名	牧田川	銀行 信用金庫 農協	泥川	本店 支店 出張所
預貯金種別	普通・当座	口座番号	12345	
フリガナ	ヨウロウ タロウ			
口座名義人	養老 太郎			

※申請者と口座名義人は同一とする。

ご不明の点がございましたら下記までご連絡ください。
養老町保健センター
〒503-1251 養老町石畑 523 番地
TEL 0584-32-9025