様式第3号（第5条関係）

粕屋町県外定期予防接種費用助成金交付申請書

　　　　年　　　月　　　日

粕屋町長　様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 |  | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | 被接種者との続柄  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | 電話番号 | | |  | | |
| ふりがな | |  | | | | | | 被接種者 生年月日 | | | 年　 　月　　 日 | | |
| 被接種者  氏名 | |  | | | | | |
| （　　　　歳　　　　か月） | | |
| 予 防 接 種 の 種 類 | | | | | | | | | | | | | 接 種 日 |
|  | | | | | | | | | | | | | 年　　　月　　　日 |
| 振込指定金融機関 | | | | | | | | | | | | | |
| 金融機関名 | | 銀行　・　農協　 金庫　・　組合 | | | | | | | | 支店名等 | | 本店・支店  　出張所 | |
| 口座の種類 | | 普通 ・ 当座 | | | | | | | | フリガナ | |  | |
| 口座番号 | |  |  |  |  |  |  | |  | 口座  名義人 | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 添付書類（□にチェック☑を入れてください） |  |  |
| □　領収書及び明細書の写し　□　接種記録のわかるもの（母子健康手帳、予防接種済証など）  　□　振込口座のわかるもの　　　□申請者確認書類（マイナンバーカードなど） | |  |

定期予防接種の公費助成額については、予防接種の種類ごとに上限があります。

接種費用が上限額を超えない場合は領収金額と同額を助成します。上限額を超えた分については、自己負担となりますのでご了承ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 予防接種の種類 | 単価Ⓐ | 領収金額Ⓑ | 枚数 | 助成金額 |
|  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |

助成金額　　　　　　　　　　円

助成金額は、単価Ⓐ又は領収金額Ⓑのいずれか少ない金額に枚数を掛けた

金額となります。