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。