

様式

矢掛町ロタウィルスワクチン予防接種費助成金償還給付申請書

年 月 日

矢掛町長殿

申請者 住 所 矢掛町.....
氏 名.....
接種者との続柄.....
電話番号.....

ロタウィルスワクチン予防接種費用にかかる給付を受けたいので、必要書類を添えて下記のとおり申請します。決定後の給付に当たっては、次の口座へ振り込み下さい。なお、申請内容については、矢掛町が保有する給付に必要な個人情報の閲覧及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

※太枠内をご記入ください

※申請者は、同一世帯の方に限ります

フリガナ		性 別	生 年	年 月 日 (か月)
接種者氏名		男・女	月 日	
住 所	〒 714- 小田郡矢掛町			
	接種日	接種金額	助成金額	接種医療機関名
ロ タ リ ッ ク ス	1 回目 ; 年 月 日	円	9,000 円	
	2 回目 ; 年 月 日	円	9,000 円	
ロ タ テ ツ ク	1 回目 ; 年 月 日	円	6,000 円	
	2 回目 ; 年 月 日	円	6,000 円	
	3 回目 ; 年 月 日	円	6,000 円	
合 計		円	円	

振込先口座番号 (名義人は、申請者と同一人物であること)

振込先 金融機関名	銀行・金庫 組合・農協	支店名	
		預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 当座
店 番 号		口 座 番 号	
口座名義人	フリガナ		
	氏 名		

添付書類

- ◎ 予防接種をした際の領収書の原本または領収書にかわる医療機関の証明書を裏面に糊付けする。(接種児の氏名、領収額、接種日、予防接種の種類と回数、Lot.No、医療機関名が記載されたもの)
- ◎ 母子健康手帳
- ◎ 振替口座の通帳の写し

これより下は記入不要です

(矢掛町記入欄)

審査年月日	年 月 日
審査結果	承認 ・ 却下
決定金額	金 円

受付印	
-----	--

○ 領収書貼付欄

A large, empty rectangular box with a thin black border, occupying most of the page. It is intended for pasting a receipt, as indicated by the label above it.