予防接種費助成申請書

塩谷町長　　様

平成　　年　　月　　日

住所　塩谷町大字　　番地
申請者氏名　　印

助成対象者	住所	塩谷町大字　　番地	被接種者との続柄
	フリガナ		
	氏名		
被接種者	フリガナ		生年月日
	氏名	(男・女)	年　　月　　日

右の口座に振り込んでください。	金融機関名	支店名	口座の種類	口座番号	フリガナ 口座名義
			普通 当座		

＊　この申請書には、医療機関に支払った額の領収書を添付してください。

接種済票(医療機関で記入してください。)

接種医療機関	所在地		接種日	年　　月　　日
	名称 代表者 氏名	印	予防接種の種類	1　三種混合ワクチン 2　麻しんワクチン 3　風しんワクチン 4　麻しん風しん混合ワクチン (第1期・第2期) 5　日本脳炎ワクチン (接種した番号を○で囲んでください)

ここからは記入しないでください。

決裁	課長	課長補佐	係長	係	受付	年　　月　　日
					伺	年　　月　　日
					決定	年　　月　　日
					支給	年　　月　　日
審査	接種年齢		承認		不承認	
	接種済		不承認の理由			
	助成対象者		支給金額	円		