

様式第1号(第6条関係)

神石高原町流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）予防接種費補助金交付申請書兼請求書

＊太枠の中を記入してください。

神石高原町
受 付 印

申請日	年	月	日
-----	---	---	---

神石高原町長 様

おたふくかぜ予防接種は任意の予防接種であることを理解したうえ、神石高原町流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）予防接種費補助金交付要綱の規定により、つぎのとおり申請します。

被 接 種 者	名 前			住 所	〒 神石高原町 番地 TEL(0847)8 —										
	生年月日	年 月 日			TEL(0847)8 —										
保 護 者 (申請者兼請求者)	名 前			住 所	*被接種者住所と異なる場合は記入してください。 〒 神石高原町 番地 TEL(0847)8 —										
	被接種者から見た続柄														
振 込 先	ゆうちょ銀行以外の金融機関	金融機関名		支店名	種別	口座番号								口座名義※カタカナ	
		銀行・信金 農協・信組 ()		本店 支店 支所	普通 当座 ()										
	ゆうちょ銀行	記号		番号				口座名義※カタカナ							
		1 0		1											
接種回数		1回目 ・ 2回目													
請 求 額	予防接種総費用額		助成金請求額								助成金交付決定額				

【注意事項】

1 申請書には領収書又は予防接種に要した費用の確認ができる書類（ワクチンの名前がわかるもの）を添付してください。

2 おたふくかぜにかかったことがある場合は、補助金交付の対象外です。

3 満1歳～満6歳（小学生除く）のお子さんが対象です。

4 補助金の額は、1回接種に対して6,000円を限度とします。

5 補助金の交付申請は、予防接種終了後3か月以内に行ってください。