

様式第 1 号（第 5 条関係）

美里町妊婦向け R S ウイルスワクチン接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

美里町長 様

申請者 住 所
氏 名
被接種者との続柄（ ）
電話番号

妊婦向け R S ウイルスワクチン接種費用助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

1. 接種内容

被 接 種 者	フリガナ ----- 氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	-----	生年 月日	昭和・平成 年 月 日
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒		
	接種日時点 の 住 所	<input type="checkbox"/> 現住所 と同じ	〒 ※接種時点の住所が美里町以外であった場合、申請出来ません。		
	予 防 接 種 を 受 け た 年 月 日	令和 年 月 日	接種金額	円	
	接種医療機関	名称			
住所		〒			
電話					

2. 交付申請額

交付申請額 (町が記入します)	円
--------------------	---

3. 誓約・同意事項（該当する項目に☑を入れてください。）

この申請に係る住民基本台帳（申請者と受診者の双方の登録事項）及び医療機関等における情報について、本町が必要と認めるときは調査を行うことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの費用を返還することに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

4. 振込先

振込先金融機関	銀行・信用組合		本店
	農協・信用金庫		支店
	種 別	普通 当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人		

5. 提出書類

- 助成対象経費に係る領収書の原本
- 接種を行った事実を証明することができる書類の原本又は母子健康手帳の当該健診の記録が記載されたページの写し