

## 記入例

様式第2号（第6条関係）

## 木城町任意予防接種費用助成金請求書

年 月 日

木城町長 殿

関係書類を添えて任意接種費用の助成を申請します。

木城町がこの申請に必要な情報について調査をすること、医療機関に予防接種情報等について照会することに同意します。

予防接種費用が2000円未満の場合は窓口で支払った金額を記入

■太枠内をご記入ください。

|                     |                                                                                                                                                   |   |   |   |   |         |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---------|
| 請求金額                | 金                                                                                                                                                 | 2 | 0 | 0 | 0 | 円 ※右詰記入 |
| 接種したワクチン<br>※いずれかに○ | 1. 季節性インフルエンザ⇒ ①19歳～64歳以下 ②妊婦<br>2. 帯状疱疹⇒ ①水痘ワクチン ②帯状疱疹ワクチン( 1回目 / 2回目 )<br>3. 新型コロナウイルス⇒ ①12歳以上 ②12歳未満( 追加 / 初回1 / 初回2 / 初回3 )<br>4. RS ウイルス(妊婦) |   |   |   |   |         |

|      |        |                                                          |              |                          |
|------|--------|----------------------------------------------------------|--------------|--------------------------|
| 申請者  | (フリガナ) | キジョウ △△                                                  | 被接種者<br>との続柄 | 本人・その他( )<br>※○または( )に記入 |
|      | 氏名     | 木城 △△                                                    | 電話番号         | (○○○○) - △△ - □□□□       |
|      | 住所     | 〒884-0101<br>木城町大字高城○○○番地                                |              |                          |
| 被接種者 | (フリガナ) | キジョウ △△                                                  | 生年月日         | 昭和○○年 △月 □□日             |
|      | 氏名     | 木城 △△                                                    |              |                          |
|      | 住所     | いずれかに☑(チェック)を入れてください。<br>☑申請者と同じ<br>□申請者と異なる(〒 — 木城町大字 ) |              |                          |

|               |                 |             |                |     |    |                 |
|---------------|-----------------|-------------|----------------|-----|----|-----------------|
| 振込口座<br>申請者名義 | 金融機関名           | 〇〇          | 銀行<br>金庫<br>農協 | 支店名 | △△ | 本店<br>支店<br>出張所 |
|               | 預金種別<br>※いずれかに○ | 1. 普通 2. 当座 |                |     |    |                 |
|               | 口座名義<br>※カナで記入  | キジョウ △△     |                |     |    |                 |
|               | 口座番号            | 〇           | 〇              | 〇   | 〇  | 〇               |

※申請者氏名と振込先の口座名義人が同一になるようにする

|       |        |       |
|-------|--------|-------|
| チェック欄 | 確認書類   | 助成決定額 |
|       | 予防接種済証 | 円     |
|       | 健康手帳等  |       |
|       | 領収書    |       |
|       | 振込先通帳  |       |

|               |       |
|---------------|-------|
| 受付日           | 年 月 日 |
| 受付番号          |       |
| 福祉保健課(保健センター) |       |

添付書類（貼付欄）