

様式第3号（第7条関係）

年 月 日

有田町長

様

申請者（保護者） 住 所 有田町
 氏 名 (被接種者との続柄) ⑩
 電 話

有田町予防接種費用助成金交付申請書（請求書）

下記のとおり予防接種を委託外医療機関で受けましたので、必要書類を添え助成金の交付を申請（請求）します。

被接種者	住 所	有田町			
	氏 名		男・女	生年月日	年 月 日
	予防接種の種類	接種医療機関	接種年月日		接種に要した費用
①					円
②					円
③					円
④					円
⑤					円
(委託外医療機関で予防接種を受けた理由)					

※添付書類 ①母子健康手帳（予防接種記録ページ）の写し②領収書③予診票

支給決定された助成金については、下記口座に振り込んでください。

振込指定口座	金融機関名称			支 店
	種 別	普通 ・ 当座	(フリガナ)	支 所
	口 座 番 号		口 座 名 義 人	出張所

お預かりした個人情報は厳重に管理し、予防接種費用助成金請求のために使用し、ご本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。申請者と口座名義人が異なる場合には、委任状を提出してください。

【町担当課記入欄】

	接種に要した費用【A】	有田町助成単価【B】	助 成 額 【A】、【B】のいずれか少ない方の金額
①	円	円	円
②	円	円	円
③	円	円	円
④	円	円	円
⑤	円	円	円
計			円