第１号様式（第４条関係）

**予防接種費助成申請書**

令和　　年　　月　　日

湯沢町長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

申請者　住所　湯沢町

　氏名

電話番号

予防接種法の規定に基づく予防接種を下記のとおり受けましたので、関係書類を添えて助成金の交付を申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | 住所 | | 〒  湯沢町 | | |
| （フリガナ）  氏名 | |  | | |
| （　男・女　） | | |
| 生年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 接種状況 | 予防接種名 | |  | | |
| 医療機関 | 所在地 |  | | |
| 名称 |  | | |
| 接種日 | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | |
| 接種費用 | | 円 | | |
| 振込先 | 金融機関名 | |  | 支店名 |  |
| 預金種別 | | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| 口座名義人 | | （フリガナ） | | |
|  | | |

【添付書類】

・領収書

・母子手帳の予防接種欄の写し又は接種証明書