第１号様式（第４条関係）

償還払い申請　記入例

**予防接種費助成申請書**

令和　５年　○月　○日

湯沢町長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒949-6192

申請者　住所　湯沢町大字神立300番地

　氏名　　　 　湯 沢　町 子

電話番号　　　090-××××－××××

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 | 〒949-6192湯沢町大字神立300番地 |
| （フリガナ）氏名 | 　ユザワ　マチコ |
| 湯　沢　町　子　　　　　（　男・女　） |
| 生年月日 | 昭和○年○月○日 |
| 接種状況 | 予防接種名 | 　インフルエンザ |
| 医療機関 | 所在地 | 　新潟県○○市○○町１－２－３ |
| 名称 | 　○○市 □□□□病院 |
| 接種日 | 令和　５年　○月　○日 |
| 接種費用 | 　　　　　　３，８００円 |
| 振込先 | 金融機関名 | ゆうちょ銀行 | 支店名 | 一××支店 |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 | 0××××××1 |
| 口座名義人 | （フリガナ）　ユザワ　マチコ |
| 湯　沢　町　子 |

【添付書類】

・領収書　　　**忘れずに添付願います！**

・~~母子手帳の予防接種欄の写し又は~~接種証明書　　　**忘れずに添付願います！**