

弥彦村任意予防接種費用助成申請書

年 月 日

弥彦村長 様

申請者 住 所  
氏 名  
(被接種者との続柄 )  
電話番号

次のとおり任意の予防接種を受けましたので、助成金の交付を申請します。

なお、助成を受けるに当たり必要があるときは、村が住民基本台帳の閲覧や医療機関へ確認を行うことに同意します。

被接種者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (チェックを入れて記入を省略できます。)		
	住 所	弥彦村	
	氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日	
予防接種の種類	接種区分	医療機関に 支払った費用	助成額 (1回当たり)
おたふくかぜ	1回目	円	2,000円
	2回目	円	
季節性インフルエンザ	1回目	円	1,000円
	2回目	円	
帯状疱疹 (生ワクチン)	-	円	医療機関が定める接種費用の半額 (上限4,000円)
帯状疱疹 (不活化ワクチン)	1回目	円	医療機関が定める接種費用の半額 (上限 10,000 円)
	2回目	円	
振込先	金融機関名	銀行・組合 本店 農協・金庫 支店	
	預金種別	普通・当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人 (申請者)		

【添付書類】

領収書及び診療明細書、母子健康手帳、申請者の身分を証明できるもの (マイナンバーカード等)、希望する金融機関の口座等がわかるもの