

予防接種助成金交付申請書

壬生町長 様

下記の予防接種を受けたので、助成金を交付されたく申請（請求）いたします。

申請者 住所

氏名 印

電話 ()

被接種者との続柄：()

支払金額	円
個人負担金	円
助成額	円

接種者氏名		生年月日	H 年 月 日	
予防接種の種類				
指定振込口座	金融機関名			
	(フリガナ)			
	口座名義			
	口座種別	普通・当座	口座番号	
接種を受けた医療機関	病院 医院	接種を受けた年月日	H 年 月 日	

申請に必要なもの 領収書・母子健康手帳または予診票（の写し）・印鑑・振込口座の通帳
申請にあたっての注意

- 1 接種を受けた医療機関から予診票と領収書（レシート不可）を受取りご持参ください。
領収書の再発行等の諸経費は自己負担となります。
- 2 助成金の上限額は、壬生町予防接種助成金交付要領第4条に掲げる額となります。
- 3 助成金の請求できる期間は、接種した日から1年以内です。