

様式第3号（第5条関係）

年 月 日

予防接種助成金交付申請書兼請求書

記入しないでください。

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。

注意

申請者 住所 壬生町通町12-22

氏名 壬生 ます夫 印

電話 0282 (81) 1887

申請者と口座名義は同じ名前で記入  
(違う場合は委任状が必要です。)

支払金額	円
個人負担金	円
助成額	円

記入しないでください。

予防接種の種類	例) インフルエンザ予防接種
---------	----------------

1	接種者氏名	壬生 波平	生年月日	昭和28年10月30日
	接種医療機関	〇〇 医院	接種年月日	令和2年10月10日
2	接種者氏名	壬生 ます夫	生年月日	昭和62年11月20日
	接種医療機関	□□ 病院	接種年月日	令和2年11月15日
3	接種者氏名	壬生 サザエ	生年月日	平成2年12月30日
	接種医療機関	☆☆ クリニック	接種年月日	令和2年10月28日
4	接種者氏名	壬生 たら夫	生年月日	平成29年11月15日
	接種医療機関	☆☆ クリニック	接種年月日	令和2年10月28日

指定振込口座	金融機関名	〇〇銀行 〇〇支店		
	(フリガナ)	ミヅ マスオ		
	口座名義	壬生 ます夫		
	口座種別	普通 当座	口座番号	1234567

※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。