

中川村県外予防接種費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

中川村長 様

申請者 住 所 中川村

氏 名 (印)

(被接種者との続柄 )

電話番号

中川村県外予防接種費補助金交付要綱に基づき、接種料を請求します。

記

|                     |  |                                 |                  |                |
|---------------------|--|---------------------------------|------------------|----------------|
| 被接種者                | 住所   | 中川村                             |                  |                |
|                     | ふりがな<br>氏名                                     |                                 | 生年月日             | 年 月 日          |
| 予防接種の種類             | 接種日  | ※ <sup>1</sup> ワクチン名<br>ロット No. | 自己負担額            |                |
|                     | 年 月 日  |                                 | 円                |                |
|                     | 年 月 日  |                                 | 円                |                |
|                     | 年 月 日  |                                 | 円                |                |
|                     | 年 月 日  |                                 | 円                |                |
| 請求金額 (合計)           | 円  |                                 |                  |                |
| 接種医療機関              |  |                                 |                  |                |
| 上記の医療機関<br>で 接種した理由 |  |                                 |                  |                |
| 振込先金融機関             |  |                                 | 銀行<br>農協<br>信用金庫 | 本店<br>支所<br>支店 |
|                     | 普通 ・ 当座  |                                 | 口座番号             |                |
|                     | ふりがな<br>口座名義人                                  |                                 |                  |                |
| ※ <sup>2</sup> 委任状  | 上記の口座名義人を代理人として認め、補助金の交付を委任します。<br>申請者氏名 : (印) |                                 |                  |                |

※<sup>1</sup> 子宮頸がんワクチン (HPV) のみ記入

※<sup>2</sup> 申請者と口座名義人が異なる場合のみ記入

- 【添付書類】 1. 予防接種に係る医療機関発行の領収書  
2. 母子健康手帳または予防接種の履歴が確認できるもの