様式第3号（第8条関係）

第　　　　　　　号

　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　様

宇美町長　　　　　　　　　　　印

宇美町特別の理由による任意予防接種費用助成対象認定通知書

　年　　　月　　日付けで申請のあった任意予防接種費用助成対象の認定について、下記のとおり認定したので通知します。

　　　　　　　　　　　　　　記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 接種対象者 | 氏名 |  | 性別 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 住　所 |  |
| 予防接種名 |  |

備考

　1　国内の医療機関において認定した予防接種を受け、その接種費用の実費を当該医療機関に支払ってください。

2　予防接種を受けた日から1年以内に、次の書類を添付の上、宇美町特別の理由による任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書（様式第5号）を提出してください。

（1）　予防接種実施医療機関の領収書（接種対象者の氏名、接種日、ワクチン名、料金、医療機関名が記載されたもの）

（2）　予防接種予診票（接種時に使用し、接種医、保護者の署名その他の必要事項が記載されているもの）又は定期予防接種の履歴が確認できるものの写し