様式第1号（第8条関係）

**八頭町定期予防接種費用助成申請書兼請求書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

八頭町長　　　　様

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者（保護者） |  |
| 住　　所 | 八頭町 |
| 氏　　名 | 印 |
| 電話番号 | ― |

八頭町が実施する定期の予防接種を委託医療機関以外の医療機関で受けたので費用助成について下記のとおり申請請求します。

**請求額　　　　　　　　　円**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者氏名 | 氏　　名 |  | | | 指定の医療機関で接種できなかった理由 |  |
| 生年月日  年　齢 | 年　　月　　日（　　歳） | | |
| 接種実施日 | 年　　月　　日 | | 接種実施機関名 | |  | |
| 予防接種名 | ・  ・  ・ | | | 回 数 | ・  ・  ・ | |
| 接種金額 | 円 | | | | | |
| 申 請 額 | ※　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | | | | |
| ※　規定の金額と接種で要した額のどちらか低い方の額とする。 | | | | | |

※助成金の振り込みは、町に登録のある口座に行います。町へ口座登録のない方は手続きをお願

いします。

※医療機関で発行された領収書原本および接種を証明する書類（接種済証又は接種記録の記載された母子健康手帳の写し）、接種券を添付のこと。