

様式第1号（第7条関係）

睦沢町特別の理由による任意予防接種費用助成申請書

年 月 日

睦沢町長 様

申請者 住 所 _____
氏 名 _____
(被接種者との続柄 _____)
電話番号 (平日昼間つながるもの) _____

私は、睦沢町特別の理由による任意予防接種費用助成事業実施要綱第7条の規定に基づき、次のとおり、予防接種費用の助成を申請します。

なお、申請内容について必要のあるときは、町が保有する個人情報について閲覧し、及び調査すること並びに医療機関等に問い合わせることに同意します。

1 支払合計額 _____ 円 ※様式第2号明細書の接種費用合計額

2 被接種者（予防接種を受けた方）

氏 名	
住 所	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 睦沢町_____
生年月日	年 月 日

3. 振込先

金融機関名	銀行・金庫 組合・農協							
	本店・支店							
口座種別	普通・当座	口座番号						
フリガナ								
口座名義人								

添付書類

- 睦沢町特別の理由による任意予防接種費用助成明細書（様式第2号）
- 睦沢町特別の理由による任意予防接種費用助成に関する医師の意見書（様式第3号）
- 予防接種を実施した医療機関等が発行した領収書の原本
- 予防接種の記録が記載されているものの写し（母子健康手帳など）