

様式第1－2号(第6条関係)

羽咋市任意予防接種費用助成金交付申請書

令和 年 月 日

羽咋市長

住 所 羽咋市 町

申請者名

(接種者との続柄)

電話番号 ()

下記の任意予防接種費用の助成を受けたいので、羽咋市任意予防接種費用助成金交付要綱第6条第1項の規定により、接種を証明できる書類(母子健康手帳・予診票の写しなど)及び領収書を添えて申請します。

請求額 円

1 予防接種を受けた者

予防接種の種類	氏 名／生年月日	接種回数	接種日	助成金額
こども インフルエンザ ワクチン	氏名	1回目	年 月 日	1,500 円
	年 月 日生	2回目	年 月 日	1,500 円
	氏名	1回目	年 月 日	1,500 円
	年 月 日生	2回目	年 月 日	1,500 円
	氏名	1回目	年 月 日	1,500 円
	年 月 日生	2回目	年 月 日	1,500 円
おたふくかぜワクチン	氏名	1回目	年 月 日	2,000 円
	年 月 日生			
風しんワクチン	氏名	1回目	年 月 日	3,000 円
	年 月 日生			
麻しん風しん混合 ワクチン	氏名	1回目	年 月 日	5,000 円
	年 月 日生			

2 振込口座

銀 行 信用金庫 農 協	本店 支店	フリガナ
		名義人
普通・当座	口座番号	年 月 日生

接種した日から1年以内に申請してください
* 郵送の場合は、振込口座の写しも同封してください。