

第3号様式（第6条関係）

剣淵町委託外予防接種実施報告書兼助成金申請書

年 月 日

剣淵町長 様

申請者 住所氏名 電話 ⑩

予防接種に係る助成金の交付を受けたいので、剣淵町委託域外予防接種助成金交付要綱第6条第1項の規定により申請します。

申請額 金 円

被 接 種 者	住 所			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日生	満 歳 か月	
	電話番号	() -		
保護者氏名			続柄	
接 種 日				
予防接種名				
メーカー名			ロットNo.	
接種医療機関名				
接種医師名				
接種費用額	円			
※助成決定額	円	※決定日	年 月 日	

支 払 方 法	振込先金融機関名	店 名	口 座 名 義
☐ 口座振込 ☐ 現金支払	信金 銀行 農協	支店 支所	(ふりがな)
	口座種別	口座番号	
	☐ 普通 ☐ 当座		

※は記入しないでください。

剣淵町委託外予防接種実施報告書兼助成金申請書

年 月 日

剣淵町長 様

申請者 住 所 剣淵町〇町〇番〇号
氏 名 剣淵 太郎
電 話 0165-XX-XXXX



予防接種に係る助成金の交付を受けたいので、剣淵町委託域外予防接種助成金交付要綱第6条第1項の規定により申請します。

申請額 金 15,800 円

被 接 種 者	住 所	剣淵町〇町〇番〇号		
	氏 名	けんぶち はなこ		
	生年月日	平成〇年 〇月 〇日生（満 〇歳 〇か月）		
	電話番号	（ 0165 ） XX - XXXX		
保護者氏名	剣淵 太郎	続柄	父	
接 種 日	平成〇年〇月〇日			
予防接種名	ヒブ予防接種（1回目）・小児用肺炎球菌予防接種（1回目）			
メーカー名	サノフィ（ヒブ）・ファイザー（肺炎球菌）	ロットNo.	L〇〇〇（ヒブ） 〇〇L〇〇A（肺炎球菌）	
接種医療機関名	〇〇小児科クリニック			
接種医師名	△山 △子			
接種費用額	15,800 円（ヒブ 6,300 円、肺炎球菌 9,500 円）			
※助成決定額	円	※決定日	年 月 日	

支 払 方 法	振込先金融機関名	店 名	口 座 名 義
☒ 口座振込 ☐ 現金支払	〇〇 信金 銀行 農協	〇〇 支店 支所	（ふりがな） けんぶち たろう
	口座種別	口座番号	剣淵 太郎
	☒ 普通 ☐ 当座	〇〇〇〇〇〇〇〇	

※は記入しないでください。