様式第１号（第５条関係）

日南町任意予防接種費用助成金申請書

　次のとおり日南町任意予防接種費用助成金を申請します。

　　年　　月　　日

　日南町長　様

　　（申請者）

住　所　　日南町

　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　印

（接種者との続柄：　　　　　　　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 接種者 | 住所 | 日南町 |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　年　　　月　　　日（　　　　歳） |
| 予防接種 | 種類 | 回数（日付） | 実費負担額 | 助成上限額 | 助成額 |
| おたふくかぜ | １回目(　　　　)２回目(　　　　) | 円円 | １回あたり4,000円 | 円円 |
| Ｂ型肝炎 | １回目(　　　　)２回目(　　　　)３回目(　　　　) | 円円円 | １回あたり3,000円 | 円円円 |
| 添付書類 | □領収書（接種金額のわかるもの）□母子健康手帳（写） |
|  |
| 助成申請額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |