

湧水町定期予防接種費用助成金支給申請書

湧水町長 様

電話番号

支給申請額 円

接種者	住 所	
	(ふりがな) 氏 名	
	生年月日	

予防接種の 種類	接種年月日	接種費用 (A)	支給上限額 (B)	支給申請額 (C) (AとB少ない方)
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
合 計				円

- 1 この申請書は、湧水町に住所を有する方が、委託外予防接種実施機関において定期予防接種を接種し、その際に支払った接種費用の払戻しを受けるための書類です。
- 2 申請者は、予診票・身分証明書・予防接種実施機関発行の領収書・通帳の写しを添付してください。
- 3 接種費に係る助成金については、接種した日の翌日から請求することができます。また、申請期限は、接種日から起算して1年以内とします。