

様式第1号（第6条関係）

令和 年 月 日

豊山町医療行為により免疫を失った者に係る予防接種
再接種費補助金交付申請書兼請求書

豊山町長

申請者 住 所 豊山町

氏 名

電話番号

豊山町医療行為により免疫を失った者に係る予防接種再接種実施要綱第6条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

被 接 種 者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	接種内容	裏面に記載のとおり
	総支払金額	
振 込 先	金融機関名	銀行 信用金庫 店 農協
	口座番号	普通・当座
	(ふりがな) 名 義 人	

添付書類

- 1 豊山町医療行為により免疫を失った者に係る予防接種再接種費補助対象者認定に関する理由書（様式第2号）
- 2 母子健康手帳又は医療行為により免疫を失う以前の定期予防接種の履歴が確認できるものの写し
- 3 補助対象予防接種を接種した医療機関の領収書
- 4 補助対象予防接種の予診票、母子健康手帳その他当該補助対象予防接種の履歴が確認できるものの写し

補助金交付決定額	※この欄は記入しないでください。
----------	------------------

接種内容

接種した 予防接種名	接種日	支払金額 (円)	補助金額 (町記入欄)
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
合 計			