

# 予防接種費用助成申請書

平成 年 月 日

大熊町長 渡辺 利綱 様

**シャチハタは無効。**

**お子さんの名前・  
生年月日を記**

申請者住所 大熊町  
申請者氏名

印

被接種者氏名 (男・女)  
被接種者生年月日 昭和・平成 年 月 日生

**申請者と口座名義人は一緒にする。**

予防接種費用助成金は、下記の金融機関の口座にお振込み

銀行	支店	口座番号
		口座の名義人

(注意1) 予防接種費用助成金は、医療機関に支払った金額になります。

# 予防接種実施証明書

**病院で記入して  
もらってください。**

上記の者の予防接種を実施したことを証明いたします。

平成 年 月 日

医療機関住所  
医療機関名  
医師名 印

予防接種名	接種年月日 平成 年 月 日	
ワクチン名 Lot.No.	接種量 ml	予防接種実費徴収額 円

(注意3) 予防接種一種類につき一枚の申請書になります。