

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

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 (満 歳 カ月)

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ください。

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

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。