様式第１号（第５条関係）

寄居町特別な理由による予防接種の再接種費用補助金申請書兼請求書

年　　月　　日

寄居町長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

申請者　氏　名

（被接種者との続柄　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　下記により寄居町特別な理由による予防接種の再接種費用補助金の交付を受けたいので、寄居町補助金等の交付手続等に関する規則第４条第１項の規定により関係書類を添えて申請します。

　なお、申請内容を確認するため、町が保有する公簿等を閲覧すること及び予防接種を受けた医療機関に問い合わせることに同意します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | フリガナ |  | | | 生　年　月　日 | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | 年　　月　　日 | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | |
| 保護者氏名 | |  | | | | | | | | | | |
| 医療機関名  及び所在場所 | | 〒 | | | | | | | | | | |
| 申請理由 | |  | | | | | | | | | | |
| 補助金申請額 | | 円 | | | | | | | | | | |
| 振込先 | | 銀行・農協  信用金庫　　　本店  信用組合　　　支店 | | 普通  ・  当座 | | 口　座　番　号 | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | | |

＜予防接種補助金額算出表＞

※下表の太枠内に必要事項をご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 予防接種名 | 内容 | 接種日 | 接種費用① | 町記入欄 | |
| 補助上限額② | 申請金額  (①と②の  少ない額) |
| 例)日本脳炎 | 例)第１期  ３回目 | 例)2022年  4月1日 | 例)10,000円 |
|  |  |  | 円 | 円 | 円 |
|  |  |  | 円 | 円 | 円 |
|  |  |  | 円 | 円 | 円 |
|  |  |  | 円 | 円 | 円 |
|  |  |  | 円 | 円 | 円 |
|  |  |  | 円 | 円 | 円 |
|  |  |  | 円 | 円 | 円 |
|  |  |  | 円 | 円 | 円 |
| 補　助　申　請　額 | | | | | 円 |

＜添付書類＞

⑴　寄居町特別な理由による予防接種の再接種費用補助金に関する理由

　書（様式第２号）

⑵　再接種費用の領収書の原本（被接種者の氏名、予防接種名、接種日、

接種費用及び医療機関名が記載されたもの）

⑶　再接種の予診票の原本又は写し（医療機関名、接種医師名、保護者の

署名その他必要事項が記載されたもの）

⑷　母子健康手帳

⑸　振込口座が確認できる書類