

能登町予防接種助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(あて先) 能登町長

太枠内を記入してください。

申請者	住 所	能登町字		
	氏 名		続柄	
	電話番号	— —		

フリガナ 被接種者氏名		接 種 日	接種医療機関
生年月日	年 月 日 (歳)	年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
接種したワクチン名 (該当するものに○をつける)	ロタ・B型肝炎・ヒブ・肺炎球菌 (小児・高齢者)・BCG・麻しん風しん・水痘・ おたふくかぜ・日本脳炎・帯状疱疹・インフルエンザ・その他 ()		

決定された助成金については、下記口座に振り込んでください。

※ゆうちょ銀行へ振込先を希望する場合は、通帳の番号等のわかる面の写しを添付してください。

振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農業協同組合 漁業協同組合						本店 支店 支所	種 類	
	口 座 番 号 (右 詰)								1. 普通	
	フリガナ									2. 当座
	口座名義人									

※振込先の口座名義人欄に申請者本人以外の方を記入する場合は、下記の委任状に記入と捺印が必要です。

委任状	
私は、能登町予防接種助成金の受領を (住所) _____ (氏名) _____ に委任します。	
年 月 日	申請者氏名 _____

備考 1、接種日、予防接種名が明記された領収書を添付して（領収書はお返しできません）提出してください。
なお、乳幼児の任意予防接種の助成の場合、助成券を必ず添付してください。
2、接種日の翌月の初日から数えて6ヶ月以内に申請してください。それを過ぎると助成を受けることができません。ただし、インフルエンザ予防接種においては接種日の属する年度末が申請期限です。

町処理欄	助成決定 年月日	年 月 日	種類	定期 ・ 任意
			助成決定額	円