様式第１号（第５条関係）

月形町乳幼児等法定予防接種通院交通費助成事業交付申請書兼請求書

令和　　年　　月　　日

　月形町長　様

申 請 者

住　　所　月形町

氏　　名　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

　下記のとおり、月形町乳幼児等法定予防接種通院交通費助成事業実施要綱に基づく助成を受けたいので申請（請求）します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりかな |  | ふりかな |  |
| 対象児童生年月日 | 年　月　日 生（満　歳） | 対象児童生年月日 | 年　　月　 日 生（満　歳） |
| ふりかな |  | ふりかな |  |
| 対象児童生年月日 | 年　　月　 日 生（満　歳） | 対象児童生年月日 | 年　　月　 日 生（満　歳） |
| 住　所 |  |
| 申請額 | 　　　　　　　　　　　円 | 内訳 | １，０００円×　　回 |
| 支払方法 | １　振込　　２　現金 |
| 金融機関名 | 種 類 | 口座番号 |  |
| 　　　　　　銀行　　　　本店　　農協　　　　本所　　　　　　信金　　　　支店 | □普通□当座 | フリガナ |  |
| 口座名義 |  |
| 同意書　私は、月形町乳幼児等法定予防接種通院交通費助成金の交付を申請するにあたり、助成の可否を決定するために次のことに同意します。　１．住民基本台帳情報、対象児童の法定予防接種情報及び医療受診情報に関する閲覧、確認を行うこと。　令和　　年　　月　　　日　氏名　　　　　　　　　　　㊞ |

【添付書類】

□母子健康手帳（対象児童氏名欄、予防接種受診欄）の写し

□同日に医療受診を行った場合、医療機関発行の明細書（写しでも可）

□同日に医療受診を行った場合、医療機関発行の領収書（発行されている場合）

※≪以下は町が記入する欄ですので記入しないでください。≫

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診年月日 | 受診医療機関 | 予防接種名 | 対象児童名 | 町確認欄 | 備考 |
|  |  | 　　　　　　（　回目） |  |  |  |
|  |  | 　　　　　　（　回目） |  |  |  |
|  |  | 　　　　　　（　回目） |  |  |  |
|  |  | 　　　　　　（　回目） |  |  |  |
|  |  | 　　　　　　（　回目） |  |  |  |
|  |  | 　　　　　　（　回目） |  |  |  |
|  |  | 　　　　　　（　回目） |  |  |  |
|  |  | （　回目） |  |  |  |
|  |  | （　回目） |  |  |  |
|  |  | （　回目） |  |  |  |
|  |  | （　回目） |  |  |  |
|  |  | （　回目） |  |  |  |
|  |  | 　　　　　　（　回目） |  |  |  |
|  |  | 　　　　　　（　回目） |  |  |  |
|  |  | 　　　　　　（　回目） |  |  |  |
|  |  | （　回目） |  |  |  |
|  |  | （　回目） |  |  |  |
|  |  | （　回目） |  |  |  |
|  |  | （　回目） |  |  |  |
|  |  | （　回目） |  |  |  |
|  |  | 　　　　　　（　回目） |  |  |  |
|  |  | 　　　　　　（　回目） |  |  |  |
|  |  | （　回目） |  |  |  |
|  |  | （　回目） |  |  |  |
|  |  | （　回目） |  |  |  |
|  |  | （　回目） |  |  |  |
|  |  | （　回目） |  |  |  |
| 合計回数　　　 | 　　　回 | 支給決定額 | 　　　　　　円 | 支給年月日 | 年　　月　　日 |