

様式第4号（第9条関係）

年 月 日

南越前町長 様

申請者（保護者）

住所 南越前町

氏名

印

電話

医療行為により免疫を失った場合の予防接種再接種費用補助金交付申請書兼請求書

医療行為により免疫を失った場合の予防接種再接種費用補助金の交付について、医療行為により免疫を失った場合の予防接種再接種費用補助金交付要綱第9条の規定により、下記のとおり申請（請求）します。

なお、必要があるときは下記事項について南越前町長が医療機関に確認を行うことに同意します。

記

接種を受けた人	住所	南越前町		
	氏名		生年月日	年 月 日
予防接種名	接種年月日	接種費用		
	年 月 日	円		
	年 月 日	円		
	年 月 日	円		
	年 月 日	円		
交付申請（請求）額 （接種費用合計）		円		

接種医療機関	名称	
	所在地	
	電話番号	

補助金の振込先	金融機関名	
	口座番号	
	名義(カナ)	

添付書類

1. 領収書の原本（接種した予防接種名が記載されているもの）
2. 予防接種予診票の写し