

様式第5号（第7条関係）

大治町特別の理由による任意予防接種費助成金交付申請書

大治町長 殿

申請者 住所
氏名
被接種者との続柄（ ）
電話

被 接 種 者	住 所			
	ふりがな		生年 月日	年 月 日
	氏 名			
交付申請額	予防接種の種類	接種費用① (支払金額)	助成上限額 ②	助成金交付決定額 (①と②で少ない額)
			合計	

注1 太枠内を記入してください。

2 添付書類

(1) 助成対象予防接種の、接種医療機関名、種類及び接種日が記載された領収書

(2) 助成対象予防接種の予診票又は予防接種済証（母子健康手帳でも可）

※「助成金交付決定額」欄には記入しないでください（「助成金交付決定額」は、「接種費用（支払金額）」と大治町の定める助成上限額のどちらか少ない額となります。）。