様式第２号（第７条第２項関係）

上川町定期の予防接種費用等の助成交付申請書

年　　月　　日

上　川　町　長　　様

申請者　住所
氏名
電話番号

以下のとおり、予防接種費用の助成交付を申請します。

<table>
<tr><td>定期予防接種名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>申請理由

＊該当の項目に○をしてください。</td><td colspan="4">ア）疾病等により、かかりつけ医のもとで接種することが望ましい方
イ）学業等により長期間上川町を離れて生活する方
ウ）その他特別な事情がある方
（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">予防接種を受けた方</td><td colspan="2">(ﾌﾘｶﾞﾅ)</td><td colspan="2" rowspan="2">（生年月日）
年　　月　　日
（年齢：　　歳　　カ月）</td></tr>
<tr><td colspan="2">（氏名）</td></tr>
<tr><td>申請者との続柄</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>保護者</td><td colspan="2">（氏名）</td><td colspan="2">（生年月日）
年　　月　　日生</td></tr>
<tr><td rowspan="3">予防接種した医療機関名</td><td colspan="2">（名称）</td><td rowspan="3">接種料金</td><td rowspan="3">円</td></tr>
<tr><td colspan="2">（住所）</td></tr>
<tr><td colspan="2">（電話番号）　　－　　－</td></tr>
<tr><td>利用した公共交通機関</td><td colspan="4">公共交通機関の利用　　有　・　無
※有の場合
経路：上川町→　　→〔医療機関〕
（往路・復路・往復）　〔交通費　　円〕</td></tr>
<tr><td rowspan="3">振込先金融機関</td><td rowspan="3">銀行・信金・農協
ゆうちょ銀行

本店・支店
出張所</td><td>口座の種類</td><td colspan="2">普通　・　当座</td></tr>
<tr><td>口座番号
（右詰め）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>フリガナ
口座名義人</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

※　添付書類
１．接種医療機関が発行した領収書（写し可）
２．予診票、又は接種医療機関が交付した予防接種済証（いずれも写し可）