様式第２号（第６条関係）

上川町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。

定期予防接種名			
申請理由 ＊該当の項目に○をしてください。	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 （　　）		
予防接種を受けた方	(ﾌﾘｶﾞﾅ) (氏名)	(生年月日) 年　月　日生 (年齢：　歳　カ月)	
申請者との続柄			
保護者	(氏名)	(生年月日) 年　月　日生	
予防接種した医療機関名	(名称) (住所) (電話番号)　－　－	接種料金	円
利用した公共交通機関	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〕		
振込先金融機関	銀行・信金・農協 ゆうちょ銀行 本店・支店 出張所	口座の種類　普通　・　当座 口座番号(右詰め) ﾌﾘｶﾞﾅ 口座名義人	

※　添付書類

１．接種医療機関が発行した領収書（写し可）

２．接種医療機関が発行した予診票（写し可）