

西郷村予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

西郷村長 様

申請者 住所 西郷村

氏名 _____ 印 _____

電話番号 _____

予防接種費用の助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて西郷村予防接種費用助成に関する要綱第6条第1項の規定により申請します。

被接種者	氏 名			
	生年月日	年 月 日	性別	
	住 所			
予防接種名、接種日 及び接種費用	予防接種名	接種日	接種費用	
		年 月 日	円	
		年 月 日	円	
		年 月 日	円	
		年 月 日	円	
		年 月 日	円	
申 請 金 額				円

【添付書類】

接種費用に係る医療機関の発行する領収書
予診票の原本又はその写し

「西郷村予防接種費用助成に関する要綱」に基づき接種費用の助成を行います。
費用助成額を超えた場合、自己負担となります。

※インフルエンザ予防接種の助成金は、医療機関に支払った額から自己負担金を控除した額とします。ただし、助成金の支払上限は3,000円とします。