

様式第1号(第6条関係)

湯梨浜町ロタウイルス予防接種助成金請求書

令和 年 月 日

湯梨浜町長 様

住 所

請求者 氏 名

㊞

被接種者との続き柄 ()

電話番号 _____

次のとおり、ロタウイルス予防接種助成金を請求します。

請求金額	円
------	---

1 回目	接種実施日	令和 年 月 日	接種実施医療機関
	接種金額	左記接種金額の1/2 (100円未満の端数は切捨て) 上限4,000円、生活保護世帯は全額	
円	円		
2 回目	接種実施日	令和 年 月 日	接種実施医療機関
	接種金額	左記接種金額の1/2 (100円未満の端数は切捨て) 上限4,000円、生活保護世帯は全額	
円	円		
3 回目	接種実施日	令和 年 月 日	接種実施医療機関
	接種金額	左記接種金額の1/2 (100円未満の端数は切捨て) 上限4,000円、生活保護世帯は全額	
円	円		
対象となる乳児		(ふりがな) 氏 名	年 月 日
		生年月日	

生活保護法（昭和25年法律第144号）による保護を受けているため、接種費用全額の助成を請求します。また、助成金の支給にあたり、生活保護世帯に該当することを調査されることに同意します。

請求者署名 _____

個人番号 _____

