

* 3回接種の場合

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 湯梨浜町大字久留19番地1

請求者氏名 湯梨浜 太郎 (印)

被接種者との続き柄 (父)

電話番号 35-3111

訂正印不可

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	12,000 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	●●医院
	9,000円	4,000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	●●医院
	9,000円	4,000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	●●医院
	9,000円	4,000円	
対象となる乳児		(ふりがな) 氏名	ゆりはま はなこ 湯梨浜 花子
		生年月日	令和●●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 _____

*生活保護世帯の場合

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 湯梨浜町大字久留19番地1

請求者氏名 湯梨浜 太郎 (印)

被接種者との続き柄 (父)

電話番号 35-3111

訂正印不可

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	27,000 円
------	----------

回数	接種実施日	令和●●年 ●月 ●日	接種実施医療機関
1回目	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	●●医院
	9,000円	9,000円	
	接種実施日	令和●●年 ●月 ●日	
2回目	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	●●医院
	9,000円	9,000円	
	接種実施日	令和●●年 ●月 ●日	
3回目	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	●●医院
	9,000円	9,000円	
	接種実施日	令和●●年 ●月 ●日	
対象となる乳児	(ふりがな) 氏名	ゆりはま はなこ 湯梨浜 花子	
	生年月日	令和●●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 湯梨浜 太郎

個人番号 123456789012

生活保護世帯の場合は請求者の署名と個人番号の記載が必要です!