様式第１号（第５条関係）

大和町おたふくかぜ任意予防接種費用助成申請書兼報告書

令和　　　　年　　　月　　　日

大和町長　　　あて

**１　申請者名（保護者名）**※自署の場合は押印不要。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | 住所 | 大和町 |
| ㊞　 |
| 電話 | ※日中に連絡可能な番号を記載してください　　　　　　　　－　　　　　　　　－ |

**下記の事項に同意の上、添付書類を添えて大和町おたふくかぜ任意予防接種費用助成の交付申請をします。**

　①　おたふくかぜ予防接種の対象者の確認について、公簿等で確認することに同意します。

　②　町が下記に記載された受取口座に振込手続後、申請者の記載誤り等の事由により振込が完了せず、かつ、連絡が取れない場合は、町は当該申請書が取り下げられたものとみなします。

**２　接種者名（続柄については、申請者からみたものを記入）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 続柄 | 生　年　月　日 | 接　種　日 | 予防接種費用 | 大和町の助成金額\*1 | 交付申請額 |
|  |  | 令和　　年　　月　　日 | 　　月　　日 | 円 | 円 | 円 |
|  |  | 上限４，０００円 |

\*1生活保護受給者は全額助成

**３　振込先口座（振込口座は原則として、申請者本人の口座をご指定ください）**

※やむを得ず申請者以外の口座に振込みを希望する場合は、下記委任状にご記入ください。

※ゆうちょ銀行の場合は、通帳見開きの下部に記載されている口座情報（支店名は漢数字で記載）をご記入ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金　融　機　関　名 | 支　店　名　（店　名） | 種類 | 口　座　番　号 | 口座名義 |
| 銀行農協信組信金 | 本・支店出張所 | 1 普通2 当座 |  |  |  |  |  |  |  | (ﾌﾘｶﾞﾅ) |
| 本・支店コード（店番） |  |  |  |  |

**委　任　状**

おたふくかぜ任意予防接種費用助成金の受領について委任します。

令和　　年　　月　　日

　委任者（申請者）　　住　所　　大和町

　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

受任者（口座名義人）住　所

　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　（続柄）

　　　　　　　　　　※自署の場合は押印不要。

※原則、①②③④の提出が必要です。ただし、①から③の書類の提出ができない場合は、①③④又は②③④の提出により申請することができます。①及び②の提出ができない場合は、申出書（様式第２号（第５条関係））を提出することにより代えることができ、申請することができます。

**添付書類（提出前に確認してください）**※添付書類は返却しません。

**①　予防接種の内容が確認できる医療機関等が発行する領収書の写し及び診療明細書の写し**

**②　予防接種の記録が記載されているものの写し（母子健康手帳又は予防接種済証）**

**③　通帳等の写し（金融機関名、支店名、口座の種類、口座番号がわかるもの）**

**④　未使用の予診票及び個人票（申請書兼報告書と一緒に提出してください）**