様式第５号（第９条関係）

河内町小児任意予防接種（ロタウイルスワクチン）費用助成金請求書

　　年　　月　　日

河内町長　様

請求者　　　住所

　氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

河内町小児任意予防接種費用助成事業実施要綱第９条の規定により，関係書類を添えて次のとおり請求します。

また、この請求に係る決定については，口座への振込みをもって決定の通知とすることに同意します。

１．被接種者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | 男　・　女 |
| 氏　　名 |  |
| 被接種者の生年月日 | 　　年　　　月　　　日生（　　　　　歳） |
| 保護者氏名 |  |
| 住　　所 | 河内町 | 電話番号 | （連絡のとれる番号） |
| 請求額内　訳 | 接種ワクチン該当するものに○ | 回数 | 接種年月日 | 接種費用 | 請求額 |
| (　　)１価ワクチン（ロタリックス） | １ | 年　　月　　日 | ¥ | ¥(上限7,500円) |
| ２ | 年　　月　　日 | ¥ | ¥(上限7,500円)  |
| (　　)５価ワクチン（ロタテック） | １ | 　年　　月　　日 | ¥ | ¥(上限5,000円) |
| ２ | 　年　　月　　日 | ¥ | ¥(上限5,000円) |
| ３ | 　年　　月　　日 | ¥ | ¥(上限5,000円) |
| 請求額合計 | ¥(上限15,000円) |

※接種費用が上限額未満の場合は、その金額が請求額となります。

２．振込先金融機関名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 店名 | 種目 | 口座番号 | 口座名義人 |
| 銀行金庫組合　 | 店支店出張所 | 普通当座 |  | （フリガナ） |
|  |

　　※振込先は、本人または保護者名義の口座をご記入ください。

　　　上記以外の方が名義人の場合には、続柄をご記入下さい。（続柄　　　　　　　）