

上牧町おたふくかぜワクチン
予防接種費用助成金 交付申請書 兼 請求書

令和 年 月 日

上牧町長 殿

申請者 住 所
氏 名
電話番号

上牧町おたふくかぜワクチン予防接種費用助成金交付要綱第4条第3項の規定に
基づき、必要書類を添えて、下記のとおり助成金の交付を申請します。

おたふくかぜワクチン	3,000円
------------	--------

合 計 円

接種者(本人)

フリガナ 氏 名		住 所	
		郵便番号 —	
年 月 日生 (歳)		電話 ()	
接種医療機関名		接種年月日	年 月 日

振 込 先	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合		支 店
	種 別	普 通 ・ 当 座	
	口座番号		
	フリガナ		
	口座名義人		

※ 医療機関が発行した領収書(被接種者氏名、接種年月日、ワクチン名、領収金額、接種医療
機関名が記載された領収印のあるものに限る)を添付してください。

上牧町長 殿

上牧町おたふくかぜワクチン予防接種同意書

おたふくかぜワクチンの接種の効果及び副反応等について理解し、上牧町おたふくかぜワクチン予防接種費用助成金交付要綱に基づき同意します。

上牧町おたふくかぜワクチン予防接種費用助成金交付要綱概要

・目的
おたふくかぜワクチンの予防接種費用の一部を助成することにより、幼児の健康の保持及び増進に資すること並びに保護者の子育てを支援することを目的とする。
・助成の対象者(①、②全てに該当すること。)
①接種日において上牧町に住所を有する生後12か月から小学校就学前までの幼児の保護者。
②任意の予防接種であることを認識した上で、予防接種を受けることを希望した保護者。
・助成金の額及び交付回数
3,000円を上限
1人につき1回
・健康被害
おたふくかぜワクチンの予防接種に起因した疾病にかかり、障害の状態になった場合においても、損害賠償金、補償金、見舞金等は支給しない。

令和 年 月 日

保護者 住所 _____

氏名 _____

幼 児 氏名 _____