

予防接種費用助成金償還払い申請書兼請求書

湖南省長 宛

申請者〔保護者〕 住所 湖南省

氏名 印

接種対象者との続柄

電話

接種対象者について、助成金の償還払いを受けたいので、関係書類を添えて申請および請求します。
また、申請に係る審査に必要があるときは、接種対象者が湖南省に住民登録があることについて確認することを承諾します。

なお、償還払金は下記の指定振込口座へ振り込み願います。

(ふりがな) 接種対象者氏名	生年月日	年 月 日生 歳
接種対象者住所	〒		
対象者区分 <small>該当する項目に 印をしてください イの場合は回数にも印をしてください</small>	ア 妊婦（接種当日、母子健康手帳を取得している） イ 接種当日、生後6か月から12歳までの人（1回目・2回目） ウ 接種当日、13歳から中学3年生までの人 エ 接種当日、65歳未満で平成17年4月1日までに生まれた人（60歳～64歳の定期接種対象者を除く）		
接種ワクチン	インフルエンザワクチン		
接種日	年 月 日		
接種した 医療機関	名称		
	所在地		

助成金額（請求額）	住民登録の有無	対象者区分	助成決定額
円	有 ・ 無	ア ・ イ ・ ウ ・ エ	円

湖南省記入欄

指定 振込 口座	金融機関名	銀行・信金 信組・農協	支店・支所 代理店
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号
	(ふりがな) 口座名義	

振込口座は、接種対象者本人、保護者又は配偶者の口座に限ります。
予防接種費用の領収書の原本又は写しを添付してください。