

聖籠町告示第 8 2 号

聖籠町県外予防接種費用助成実施要綱の一部を改正する告示を次のように定める。

平成 3 0 年 1 0 月 2 2 日

聖籠町長 西脇 道夫

聖籠町県外予防接種費用助成実施要綱の一部を改正する告示  
聖籠町県外予防接種費用助成実施要綱（平成 2 9 年聖籠町告示第 5 号）の一部を次のように改正する。

第 2 条中「予防接種を受けた者の保護者若しくは扶養親族」を「予防接種を受けた者（以下「被接種者」という。）又はその被接種者の保護者（親権を行う者、後見人又はこれらに準ずる者で、現に被接種者を養育又は看護しているものをいう。）」に改める。

第 3 条第 1 項中「法第 2 条第 2 項に規定する A 類疾病に係る定期の」を「法第 5 条第 1 項の規定による」に改める。

別記様式第 1 号（第 4 条関係）を次のように改める。

別記様式第1号(第4条関係)

聖籠町県外予防接種費用助成申請書

聖籠町長 様 年 月 日

申請者

住所 聖籠町大字

氏名

印

(自署又は記名押印)

(被接種者との続柄 : )

TEL

次のとおり予防接種費用の助成を申請します。

被 接 種 者 氏 名				
被 接 種 者 生 年 月 日		年 月 日		
被 接 種 者 住 所				
申 請 内 容		別紙領収書のとおり		
振込指定機関	金融機関名	銀行・農協 信組・信金 ・労金	口座番号等	普通 当座
	支 店 名	本店・ _____ 支店	フリガナ 口座名義人	

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下記に記入してください。

私は上記口座名義人に予防接種料助成金の受け取りを委任します。

平成 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 印

(自署又は記名押印)

- 1 添付書類として母子健康手帳又は接種証明書など接種したことが確認できるもの、医療機関が発行した領収書を添付してください。
- 2 助成金の振込は、申請があった日の翌月末となります。

助成決定額 \_\_\_\_\_ 円

附 則

この告示は、告示の日から施行し、平成30年10月1日から適用する。