

杵築市予防接種費支給申請書兼請求書

予防接種法における定期予防接種を県外医療機関にて接種しましたので、杵築市予防接種実施要綱（平成18年杵築市告示第45号）第7条第2項の規定にもとづき、予防接種費を支給されますよう請求します。

年 月 日

杵築市長 殿

申請者（扶養義務者）

住 所 杵築市

氏 名

電話番号 ( )

接種ワクチン名 (ワクチン名： ) ( 期 回目 ) 接種年月日 年 月 日	定期予防接種を受けた乳幼児 氏 名 生年月日 年 月 日 ( 歳 ヶ月)
ワクチン接種医療機関名	
ワクチン接種医療機関所在地	
予防接種費用	円 助 成 額 円

助成金については、下記口座に振り込んでください。

振 込 先	金融機関名	銀行・農協 信用金庫 信用組合	支店 支所
	種別 (○で囲む)	口座番号 (右詰記入)	(フリガナ)
	1 普通 2 当座		(口座名義)

<注意>

※振込先口座名義は(被接種者の扶養義務者又は被接種者本人)としてください。

※振込先の確認を行うため、振込先通帳を持参してください。

※ワクチン名、被接種者氏名、医療機関名が記載されている領収書(原本)及び予診票(写し)を添付してください。

※申請時には、母子健康手帳をご持参ください。

※助成額は、杵築市内で実施している定期予防接種費用を上限とします。