

杵築市予防接種費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

杵築市長 様

〒

住 所

申請者名

電話番号

予防接種法における定期予防接種を杵築市実施医療機関等以外で接種しましたので、杵築市予防接種実施要綱第9条第2項の規定により、以下のとおり助成金の交付を申請します。なお、この申請に係る審査に際し、住民基本台帳の記録を公簿により確認すること、また必要な場合は医療機関等に接種内容を確認することに同意します。

助成金の交付が認められた場合には、助成金の交付を請求し、下記の口座への振込みを依頼します。

被接種者氏名			生年月日	年 月 日		
被接種者住所	〒 大分県杵築市 電話番号					
予防接種名	接種年月日	接種金額 (A)	市の定めた 自己負担額 (B)	差引額 ((A)-(B)) (C)	助成額上限 (D)	助成額 ((C)、(D)のいずれ か少ない額)
	年 月 日	円	円	円	円	円
	年 月 日	円	円	円	円	円
	年 月 日	円	円	円	円	円
助成金の申請額（合計額）					円	

金融機関名				支店・出張所						
預金種目	普通	・	当座	口座番号						
フリガナ										
口座名義										

(注) 振込先の口座名義人は申請者と同一の方としてください。

(注) 助成金の額は、杵築市で実施している定期予防接種費用を上限とします。

【添付書類】

- ・接種した医療機関等の領収書（被接種者氏名、予防接種の種類及びその費用、接種日、医療機関名が記載されたもの）
- ・予診票の原本又はその写し