

予防接種費助成申請書兼請求書

年 月 日

十日町市長 様

〒

申請者 住 所

(保護者)

氏 名

電話番号

下記のとおり定期の予防接種を受けましたので、助成金の交付を申請（請求）します。

被 接 種 者	住 所	十日町市		
	ふ り が な		
	氏 名	(男・女)		
	生 年 月 日	年 月 日生 (満 歳 か月)		
接 種 内 容		裏面に記載のとおり		
助成申請（請求）額		_____ 円 ※裏面の申請（請求）額の合計を記入		
振 込 先	金 融 機 関 名	銀行・組合・金庫・農協 本店・支店		
	預 金 種 別	普通・当座	口座番号	No.
	ふ り が な		
	口 座 名 義 人		

助 成 決 定 額	※この欄は記入しないでください。 円
-----------	---------------------------

【添付書類等】 (資料原課保管)

- 予防接種の内容が確認できる医療機関発行の領収書
- 予診票または予防接種の記録が記載されているもの
(母子健康手帳又は予防接種済証の写し)
- 振込口座の通帳の写し

※裏面にも記入欄があります

接種内容

単位：円

接種年月日	予防接種の種類	医療機関名	接種費用 (支払額) A	助成限度額 (※記入不要) B	申請（請求）額 (AとBのうち少ない額)
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
申請（請求）額の合計					