様式第３号（第６条関係）

**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 | № |
| 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 |  |  |  |  |  |
| 申請（請求）額の合計 | | | | |  |