

予防接種費用助成金交付申請書

八幡浜市長 様

申請者住所

申請者氏名

(被接種者との続柄:)

予防接種費用の助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

被接種者	住 所			
	氏 名	(フリガナ)		
	生 年 月 日	年 月 日	電話番号	
医療機関名				

予防接種の種類	接 種 日	支払額	市の契約単価 又は個人負担額	申請額
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	支払合計額	円	申請額	円

振 込 先	金融機関名			支店名	
	預金種別	普通・当座	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義人				

※ 助成額は、支払額又は契約単価のうち、いずれか少ない金額になります。

- 添付書類 (1) 接種した医療機関の領収書の原本(接種した予防接種の種類が分かるもの)
 (2) 予防接種を受けたことを証明する書類(母子健康手帳・予防接種済証)