

記入例

予防接種費用助成申請書

平成30年〇〇月〇〇日

大竹市長 入 山 欣 郎 様

申請者 氏 名 **大竹 花子**
住 所 **大竹市小方一丁目11番1号**
電話番号 **0827 - 59 - 2140**
被接種者との関係 **母**

予防接種費用の助成を受けたいので、大竹市予防接種費用助成要綱第4条第1項の規定により、申請します。

※太枠内のみ記入してください。

被接種者	住 所	※申請者と同じ場合は、「同上」と記入してください。 大竹市 同上			
	ふりがな	おおたけ たろう		生年月日	H30年 〇月 〇日
	氏 名	大竹 太郎		性 別	男 女
接種 医療機関	名 称	〇〇病院			
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇丁目〇番〇号	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇	

予防接種名	期/回	予防接種日	支払額 A	予防接種単 価 B	申請額 (AとBのうち少ない額)
四種混合	初回1回目	H30. 〇. 〇	〇〇〇〇円	こちらの欄は市が 記載します。	
小児用肺炎球菌	初回1回目	H30. 〇. 〇	〇〇〇〇円		
小児用肺炎球菌	初回2回目	H30. 〇. 〇	〇〇〇〇円		
同じ種類でも回数ごとに記載してください。			円		
合計金額			〇〇〇〇円		

【振込先】

金融機関名	〇〇〇〇銀行						
支 店 名	〇〇支店						
預 金 種 別	普通 当座	口座番号	〇	〇	〇	〇	〇
フリガナ	オオタケ ハナコ						
口座名義	大竹 花子						

こちらの欄は市が記載します。