

予防接種費用助成申請書

年 月 日

大竹市長 入 山 欣 郎 様

申請者 氏 名 _____ ㊞
住 所 _____
電話番号 _____
被接種者との関係 _____

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		
	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名		性 別	男 ・ 女
接種 医療機関	名 称			
	所在地		電話番号	

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)
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
合計金額			円		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								

確 認 欄

- ☐ 予防接種費用助成申請書（押印・記入漏れを確認）
☐ 医療機関発行の領収書
☐ 母子健康手帳の写し（予防接種の記録を確認）
☐ 申請者の口座名義の通帳の写し

課長

係長

係員

受付印

助成決定額

円