

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