

令和 年 月 日

淡路市予防接種費用助成金交付申請書

淡路市長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号 () -
(予防接種を受けた者との続柄)

淡路市予防接種費用助成事業実施要綱第6条の規定により、助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、市が交付決定に必要な私の世帯に関する状況の調査をすること、及び予防接種に係る情報を医療機関に照会することについて、同意します。

フリガナ 予防接種を受けた者		生年 月日	年 月 日 (満 歳 か月)
予防接種の種類			

接種医療機関名	接種日	接種費用	助成金の額
	年 月 日	円	※ 円
	年 月 日	円	※ 円
	年 月 日	円	※ 円
	年 月 日	円	※ 円
	年 月 日	円	※ 円
助成金の合計額			※ 円

- 備考1 ※印の欄には、記入しないでください。
2 当該予防接種に係る次の書類を添付してください。
(1) 接種した医療機関等の領収書の原本
(2) 母子健康手帳の写し、予防接種手帳その他予防接種の記録が記載されているものの写し
(3) 予診票の原本又はその写し
3 予防接種費用助成金は、金融機関への振込みとなりますので、金融機関名、口座番号等を下記に記入してください。

振込先金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合	本店・支店
口座種別	普通	当座
口座番号		
口座名義人 (申請者同一)	(カタカナでご記入ください。)	