

糸魚川市特別の理由による任意予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

糸魚川市長 様

申請者
住 所
氏 名
電話番号

私は、糸魚川市特別の理由による任意予防接種費用助成金の交付を受けたいので、糸魚川市特別の理由による任意予防接種費用助成金交付要綱第9条の規定により、次のとおり申請します。

接種 対象 者	住 所	※申請者と同一の場合は、記入する必要はありません。 糸魚川市			
	フリガナ 氏 名			性別	男・女
	生 年 月 日	年 月 日			
予防接種名	接種年月日	接種費用① (支払った金額)	糸魚川市記入欄		
			助成上限額②	申請金額 (①と②で少ない額)	
			円	円	
			円	円	
			円	円	
			円	円	
			円	円	
			(申請合計金額) 円		
振込指定 金融機関	銀行・信組 金庫・農協		本店 支店	種 別	普通・当座
	口座番号		フリガナ		
			口座名義人		

※太枠内は記入しないでください。

添付書類

- 1 予防接種実施医療機関の領収書（接種対象者の氏名、接種日、ワクチン名、料金、医療機関名が記載されたもの）
- 2 予防接種予診票（接種時に使用し、接種医及び接種対象者又はその保護者の署名その他の必要事項が記載されているもの）又は定期予防接種の履歴が確認できるものの写し