

東温市抗体が失われた小児への予防接種再接種助成金交付請求書

年 月 日

（宛先）東温市長

申請者（保護者） 住所
 氏名
 助成対象者との続柄（ ）
 電話

東温市抗体が失われた小児への予防接種再接種助成金交付要綱第7条の規定により、次のとおり請求します。

また、この請求に関し必要な住民情報を確認することに同意します。

助成対象者	住所		
	氏名		
	生年月日	年	月 日
	連絡先		
接種医療機関			
助成対象予防接種の種類		接種日	接種金額
		年 月 日	円
		年 月 日	円
		年 月 日	円
		年 月 日	円
		年 月 日	円
		年 月 日	円
		年 月 日	円
合 計			円

上記の費用については、以下の金融機関の口座に振り込んでください。

金融機関名	銀行・農協 信用金庫 信用組合	口座種別	普通 ・ 当座
		口座番号	
	本店 支店 出張所	フリガナ	
		口座名義人	

【添付書類】

- 1 助成対象予防接種を受けた医療機関等が発行する領収書（助成対象者の氏名、助成対象予防接種の種類及び接種日、接種した医療機関等の名称並びに助成対象予防接種に係る経費が明記してあるもの）又は当該領収書の記載事項が証明できる書類
- 2 予防接種予診票（助成対象者の氏名、助成対象予防接種の種類及び接種日並びに接種した医療機関等の名称が明記されているもの）又はそれに準じるもの
- 3 その他市長が必要と認める書類