

様式第 3 号(第 7 条関係)

浅口市定期予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

浅口市長 様

申請者 住 所

氏 名

被接種者との続柄

電話番号

浅口市が契約している医療機関以外の医療機関において定期予防接種を受けましたので、浅口市定期予防接種費用助成事業実施要綱第 7 条の規定により助成金の支給を次のとおり申請（請求）します。

【被接種者】

フリガナ		生年月日	年 月 日
被接種者氏名			
被接種者住所 及び連絡先	・申請書と同じ 〒 電話番号 浅口市		

【申請（請求）額】

接種日	予防接種の種類	期・回数	予防接種費用 A	自己負担 金額 B	償還払い 対象額 A-B C	予防接種業務委託契約 委託額 D	申請（請求）額 (C と D のうちいずれか少ない額)
合計金額							

※太枠内は記入しないでください。

【振込先】

金融機関名	銀行 信用組合		信用金庫 農業協同組合	店 支店 出張所
預金種別	普通・当座	口座番号		
口座名義人	フリガナ			
	氏 名			

【添付書類】

- ・母子健康手帳、予防接種済証等の予防接種を受けたことを証する書類の原本又は写し
- ・被接種者の氏名及び接種したワクチンごとの金額の記載のある医療機関が発行した領収書の原本
- ・予診票の写し