

## 予 防 接 種 費 用 助 成 申 請 書

東根市長 あて

次のとおり予防接種費用の助成を申請します。

申請者	氏 名		電話番号			
	住 所		被接種者との 続 柄			
支 払 金 融 機 関	金 融 機 関 名	銀行 協同組合 信用組合 信用金庫 労働金庫	本店 支店 本所 支所 出張所	口座 種別		
	フリガナ 口 座 名 義 人		口座番号			

申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下欄に記入してください。

※委任状	
私は、上記名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。	
年 月 日	申請者氏名

被 接 種 者	フリガナ		生年 月日	年 月 日
	氏 名			
	接種した 都道府県	都 ・ 道 府 ・ 県	市 ・ 区 町 ・ 村	

※太枠は担当課で記入

予防接種の種類等	接種年月日	窓口負担額 (A)	助成上限額 (B)	支給額 (A)又は(B)の いずれか少ない方
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
支 給 額 合 計				円

<添付書類> 医療機関が発行した予防接種費用の領収書及び明細書の写し・母子手帳または接種済証の写し・振込先通帳の写し (金融機関名・口座番号・口座名義人が分かるもの)