様式第３号（第６条関係）

　　　年　　　月　　　日

**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 |  | | 口座番号 | |  | |  | |  | |  |  | |  |  |
| 口　座  名義人 |  | |

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 |
|  | 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）