

# 任意接種

## おたふくかぜ予防接種費用助成申請書

令和 年 月 日

名取市長あて 申請者(保護者)

〒

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_

日中連絡が取れる番号

電話 \_\_\_\_\_

(母携帯・父携帯・自宅)

次のとおり予防接種を受けたので、接種費用の助成申請をします。

被接種者	フリガナ			生年 月日	令和 年 月 日 (接種時 満 歳)	
	氏名					
	住所	名取市				
予防接種	予防接種名		接種月日	支払金額	助成金額 ※記入不要	
	おたふくかぜ		令和 年 月 日	円	円	
実施医療 機関	医療機関名					
	所在地					

※一部助成金額は2,500円です。

《振込先》 ※ 振込口座は、申請者名義の口座を記入してください。

金融機関名	銀行 農協 ゆうちょ銀行 信用金庫	本店 支店	口座種類	普通
フリガナ				
口座名義人			口座番号	

《添付書類》

領収書の写し (受けた予防接種の種類と金額がわかるもの。必要時明細書)

母子健康手帳「予防接種の記録」の写し

受付日付印

受付者名 \_\_\_\_\_