

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 | ふりがな | 生年月日 | 平成・令和 | | |
|------|-------|------|--------|-------------|---|
| | 氏名 | | 年 月 日生 | (歳 か月) | |
| 住所 | 名取市 | | | | |
| 予防接種 | 種類 | 接種月日 | 支払金額 | 助成金額 | |
| | | 回目 | 年 月 日 | 円 | 円 |
| | | 回目 | 年 月 日 | 円 | 円 |
| | | 回目 | 年 月 日 | 円 | 円 |
| | | 回目 | 年 月 日 | 円 | 円 |
| | | 回目 | 年 月 日 | 円 | 円 |
| | | 回目 | 年 月 日 | 円 | 円 |
| | | 回目 | 年 月 日 | 円 | 円 |
| | | 回目 | 年 月 日 | 円 | 円 |
| | | 回目 | 年 月 日 | 円 | 円 |
| 助成金額 | *記入不要 | 合計 | 円 | (市の設定金額が上限) | |

※ 助成対象となる予防接種は定期予防接種 (RS ウイルス・BCG・ロタウイルス・小児用肺炎球菌・B型肝炎・5種混合・2種混合・麻しん風しん混合・水痘・日本脳炎・子宮頸がん予防)

《振込先》振込口座は、申請者(保護者)名義の口座です。

| 金融機関名 | 銀行 農協 信用金庫 | 本店 支店 | 口座種類 | 普通 |
|-------|------------------|----------|------|----|
| フリガナ | | | 口座番号 | |
| 口座名義人 | | | | |

《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)

母子手帳「予防接種の記録」の写し(受けた予防接種の記載があるページ)

受付日付印

受付者