

武雄市予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

武雄市長 様

申請者 住所 武雄市
氏名
続柄
電話 () —

(注) 本人が自署(手書き)する場合は押印不要。
(本人が自署しない場合は押印が必要)

予防接種(委託外の医療機関)を受けて費用を負担したので、武雄市予防接種費用助成金交付要綱第 8 条の規定により、下記のとおり助成金の交付を申請します。
また、この申請内容については、公簿との照合及び医療機関等に確認することに同意します。

被接種者	住 所	武雄市			
	ふりがな 氏 名				
	生年月日	年 月 日			
接種医療機関名		別紙 予防接種予診票のとおり			
予防接種の種類	期別	接種年月日	接種金額	助成金額※	
		年 月 日	円	※	円
		年 月 日	円	※	円
		年 月 日	円	※	円
		年 月 日	円	※	円
		年 月 日	円	※	円
		年 月 日	円	※	円
合計金額			円	※	円
助成金申請額			※ 円		

※印記載不要

予防接種費用助成金口座振替依頼書

助成金については、次の口座に振り込みを依頼します。

振込先金融機関	店番号	口座番号(普通口座)						
銀行・金庫 支店・支所								
農協・組合 本店・出張所	フリガナ 口座名義							

- ※添付書類 ① 予防接種費用領収書
② 予防接種予診票
- ※助成金額 自己負担額と「予防接種業務委託契約単価」の相当額を比較していずれか少ない方の金額を限度として市長が決定する額
- ※申請期間 接種の日から1年以内