

様式第5号

特別の理由による任意予防接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

備前市長 様

申請者 住所
氏名 続柄()
電話 () -

特別の理由による任意予防接種費用助成金の交付を、次のとおり申請します。

被接種者	フリガナ名 氏名	
	生年月日	年 月 日 (満 歳)
	住所	備前市
	保護者氏名	(申請者が被接種者本人の場合、記入不要)
接種医療機関	住所 医療機関名	

接種日	ワクチンの種類	支払金額小計	備前市記入欄	
			助成上限額	助成決定額
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
合計金額		円	円	

※太枠内には記入しないでください。

- 【添付書類】 1 接種した医療機関等の領収書原本（接種したワクチンの種類が分かるもの）
2 予診票の写し（接種時に使用したもの） 3 その他市長が必要と認める書類

振込先	金融機関名	() 銀行・信用金庫・農協		() 本店・支店・支所					
	預金種別	普通・当座	口座番号						
	フリガナ 口座名義人								

※口座名義人は、申請者と同一としてください。