

様式第2号(第7条関係)

真庭市定期予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

真庭市長 様

申請者 住所

氏名

印

被接種者との続柄

電話番号 ()

岡山県外の医療機関において定期予防接種を受けましたので、真庭市定期予防接種費用助成事業実施規程第7条の規定により助成金を次のとおり申請し、及び請求します。

1 被接種者

ふりがな		生年月日	年 月 日
被接種者氏名			
被接種者住所及び連絡先	・申請者と同じ 〒 真庭市 電話番号 ()		

2 申請及び請求額

予防接種の種類	期・回数	自己負担額 A	限度額 B	申請(請求)額 (AとBのうちいずれか少ない額)
合計金額				

※太枠内は記入しないでください。

3 振込先

金融機関名	銀行 金庫・農協		本店・支店 出張所・支所	
預金種別	普通 当座	口座名義人	フリガナ 氏名	
口座番号				(左詰めで記入)

(添付書類)

- (1) 母子健康手帳、予防接種済証等の予防接種を受けたことを証する書類の原本又は写し
- (2) 被接種者の氏名及び接種したワクチンごとの金額の記載がある医療機関が発行した領収書の原本又は写し