

(様式第2号)

定期予防接種費用助成金申請書及び請求書

・黒のボールペンで記載
・誤って記載した場合は二重線を引き、申請印と同じ印を押印してください。

(例)
申請者の子どもが接種した→父、母
申請者の親が接種した→長男、長男の妻

泉

泉大津市定期予防接種費用助成金の交付を受けたい
なお、助成金は下記口座への振込

スタンプ印不可

(ふりがな)		被接種者 との続柄	父・母・()
申請者氏名			
住所	〒 泉大津市	電話番号	
(ふりがな)			
予防接種を受けた人の氏名			
予防接種を受けた人の生年月日		年	月 日
予防接種を受けた人の住所		泉大津市	

予防接種実施	所在地	
医療機関	医療機関名	

保健センターが記載します

予防接種の種類	予防接種を受けた日	接種費用	助成額
	平成 年 月 日	円	
	平成 年 月 日	円	
	平成 年 月 日	円	
	平成 年 月 日	円	
	平成 年 月 日	円	
	平成 年 月 日	円	
合計金額			円

子どもの場合→母子健康手帳
高齢者の場合→接種済証
(発行されなかった場合は不要)
領収書は必ず必要です(保健センターでのコピー可)

申請者の口座に限ります

振込先記入欄	
銀行	信用金庫
信用組合	農協
支店・支所	
預金種別	口座番号
普通・当座	
ふりがな	
口座名義	

添付書類
<input type="checkbox"/> 医療機関の領収書の写し
<input type="checkbox"/> 母子手帳の写し又は接種済証の写し

※振込口座の名義は申請者の口座とする