

# 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してください。
- ・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。

年 月 日

泉大津市長 様

泉大津市定期予防接種費用助成金の交付を受けたいので下記のとおり申請します。

なお、助成金は下記口座への振込みを依頼します。

シャチハタ以外でお願いします。

(ふりがな)		⑩	被接種者	父 ・ 母 ・ ( )
申請者氏名			との続柄	
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	

子育て応援課が記載します。

予防接種の種類	予防接種を受けた日	接種費用	助 成 額
	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

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