

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) 申請者氏名	(印) 被接種者 との続柄	父・母・()
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
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