

定期予防接種費用助成金申請書及び請求書

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。

(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	

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
☐ 医療機関の領収書の写し
☐ 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

※泉大津市処理欄

交付 ・ 不交付決定年月日	交付金額
年 月 日	円

受付者
