

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について必要書類を添えて申請しますので、指定口座への振込を依頼します。

なお、助成金の交付決定に当たり、市が保有する個人情報を閲覧・調査すること及び医療機関に問い合わせること、また、本申請書及び請求書は、市において助成金を交付することを決定した後に交付決定日を助成金の請求日とした請求書として取り扱うことに同意します。

(ふりがな)		被 接 種 者 と の 続 柄	本人・ ()
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		M T S 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 機 関	所 在 地 名 称	
-----------------	-----------	--

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
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"/> 医療機関等の領収書の写し
<input type="checkbox"/> 接種済証または予診票の写し
<input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書（該当者のみ）

受 付 印

※泉大津市処理欄

申請者以外の連絡先	氏名 () 申請者との続柄 () 電話番号 ()
-----------	--------------------------------