

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（消せるボールペン不可）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

(例)
申請者の親が接種した→長男、長男の妻等

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
なお、助成金は下記口座への振込みを

スタンプ印不可

(ふりがな)		⑩	被接種者	本人・()
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		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	所在地	保健センターが記載 します
機関	名称	

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

申請者の口座に
限ります

※領収書は必ず必要です
(保健センターでのコピー可)
※接種済証は発行されなかつた場合は不要です。予診票の控えをお持ちの場合はご持参ください。

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

- 医療機関等の領収書の写し
- 接種済証または予診票の写し

受付印

受理日
押印します。