

年 月 日

近江八幡市定期予防接種の県外接種費用助成金交付申請書

近江八幡市長 宛

申請者（保護者）氏名 印

住所

電話番号 ()

近江八幡市定期予防接種の県外接種費用助成要綱第5条の規定により、助成金を交付されたく申請します。

被接種者	ふりがな	生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
	氏名		
予防接種実施 医療機関名			
接種日	予防接種の種類	接種費用	請求額
年 月 日		円	円
年 月 日		円	円
年 月 日		円	円
年 月 日		円	円
請求額合計			円

..... (キリトリ線)

近江八幡市長 宛

近江八幡市定期予防接種の県外接種費用助成金交付請求書

年 月 日

金 円

次のとおり、近江八幡市定期予防接種の県外接種費用助成金を請求します。

請求者（保護者）	住所	印					
	氏名						
振込先	金融機関名	銀行	本店	支店	種別	1 普通	
		信用金庫	出張所	代理店		2 当座	
	口座番号					口座番号は 右詰め記入	
	フリガナ						
口座名義人							

備考 申請の際は、朱肉を用いる印鑑及び通帳（振込先が確認できるもの）をご持参ください。

添付書類

- (1) 接種した医療機関等の領収書（定期予防接種と分かるもの）
- (2) 定期予防接種の記録が記載されているもの（母子健康手帳、予防接種済証等）
- (3) 定期予防接種を受けた者が被保護世帯に属する場合は、交付を受けたインフルエンザ・肺炎球菌感染症予防接種無料券
- (4) 前3号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類