

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 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

近江八幡市 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

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。なお、この申請にかかる助成金の交付決定に当たり、近江八幡市が保有する申請者及び被接種者の住民票情報等について閲覧すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

被接種者	フリガナ	生年月日 (年齢)	年 月 日 ( 歳)
	氏 名		
実施医療機関名			
接種日	予防接種の種類	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
助成申請額			円

私が受領する近江八幡市定期予防接種の県外接種費用助成については、下記の口座へ振込ください。

振 込 先	金融機関名	銀行 信用金庫 農 協	本店 支店 出張所 代理店	1 普通 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 4月から2月までに予防接種を受けた場合は接種日の属する年度の3月31日までに、3月に予防接種を受けた場合は翌月末日までに提出すること。

- 添付書類  接種した医療機関等の領収書(予防接種と分かるもの)  
 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)  
 予防接種を受けた者が被保護世帯に属する場合は、インフルエンザ・肺炎球菌感染症予防接種無料券  
 振込先の通帳のわかるもの(通帳、キャッシュカードなど)