

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 氏名 八幡 太郎
住所 〒 523-0894
近江八幡市中村町25
電話 080 (0000) 0000

近江八幡市定期予防接種の県外接種費用助成要綱を参照してください。なお、この申請にかかる助成金の交付決定は、申請者の住民票情報等について閲覧すること及び医療機関の同意を得る必要があります。成金を交付されたく申請
保有する申請者及び被接
とに同意します。

被接種者	フリガナ	ハチマン ハナコ		接種費用には、支払った金額を記入してください。	〇〇年〇〇月〇〇日 (〇〇歳)
	氏 名	八幡 花子			
実施医療機関名	〇〇医院				
接種日	予防接種の種類		接種費用	助成額	
7年 4月 1日	五種混合		22,000円	20,176円	
7年 4月 1日	小児の肺炎球菌感染症		13,000円	12,296円	
7年 4月 1日	B型肝炎		5,000円	5,000円	
年 月 日				円	
年 月 日				円	
助成申請額			助成額には、支払った金額のうち、別紙「県外接種費用助成上限額」までの金額を記入してください。		38,176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	ハチマン		銀行	ハチマン		本店	支店	1 普通
				信用金庫			出張所	代理店	2 当座
	口座番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	口座番号は右詰め記入
	フリガナ	ハチマン タロウ							
	口座名義人	八幡 太郎							

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接種日の翌月10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)