

予防接種費用助成金交付申請書兼交付請求書

(宛先) 今治市長

年 月 日

被接種者本人かその保護者

申請者(保護者)住所 **今治市南宝来町1-6-1**

申請者(保護者)氏名 **しまなみ 花子**

(電話 **〇〇〇-△△△△-××××**)

次のとおり予防接種を受けましたので、助成金の交付を申請します。なお、助成対象と認められた場合、本状をもって請求いたしますので助成金を以下の口座に振り込んでください。

被接種者名	しまなみ 太郎		
生年月日	令和 〇年 〇月 〇日 (1 歳 3 月)		
接種医療機関等名	名称	空欄でかまいません	
	住所		
予防接種の種類			
接種日			
接種費用			
請求額	！空欄！ ※金額訂正できないので、市で確認計算して記入します		

※なお、請求金額は当該予防接種を受けた日に係る今治市と今治市医師会との契約による接種委託料の額及び当該予防接種を受けた日に係る今治市のワクチン契約の金額との合計を上限とします。

(振込先口座)

振込先金融機関名	今治 銀行 ・農協・金庫		南宝来 支店 支所						
口座名義人	フリガナ シマナミ ハナコ								
	しまなみ 花子								
預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 (総合口座の普通貯金を含む)	口座 番号	*	*	*	*	*	*	*
	<input type="checkbox"/> 当座								

※請求者氏名と振込先口座名義は同一名義を記入してください。

- 添付書類
- 1 接種費用を支払ったことを証明する領収書
 - 2 予防接種済証又は接種済の表示のある母子健康手帳の写し