

様式第5号（第9条関係）

胎内市特別の理由による任意予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

（あて先）胎内市長

申請者 住所 _____

（保護者）氏名（自署） _____ 続柄（ ） _____

私は、胎内市特別の理由による任意予防接種費用助成金交付要綱第9条の規定に基づき、次のとおり助成金の交付を申請します。

なお、必要があるときは、次の事項について胎内市が医療機関に確認を行うことに同意します。

接種対象者	住 所	胎内市							
	氏 名	フリガナ			生年 月 日	年 月 日			
保 護 者 氏 名									
連絡先電話番号									
予防接種名	接種年月日	接種費用 (支払った金額)		胎内市記入欄					
				助成上限額		申請金額			
		円		円		円			
		円		円		円			
		円		円		円			
		円		円		円			
		円		円		円			
		円		円		円			
交付申請合計金額		円		円					
金融機関名	銀行 信組 信金 農協 労金 ()		本店 支店 本所 支所 ()						
口座種別	1. 普通 2. 当座	口座 番号							
口座名義人	フリガナ								
委任の場合のみ記入 (口座名義が申請者以外の場合)		任意予防接種費用助成を受けるに当たり、上記の口座名義人に受領を委任します。 申請者氏名（自署）							

添付書類

- (1) 予防接種実施医療機関の領収書（接種対象者の氏名、接種日、ワクチン名、料金及び医療機関名が記載されたもの）
- (2) 予防接種予診票（接種時に使用し、接種医及び保護者の署名等必要事項が記載されているもの）又は当該履歴が確認できるものの写し