

様式第3号（第5条関係）

県外予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

甲賀市長 あて

申請者 住 所
氏 名 ⑩
(被接種者との続柄)
連絡先

標記の助成金の交付を受けたいので、甲賀市県外予防接種費用助成金交付要綱第5条第1項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、本申請に基づく助成金の交付決定に当たり、確認等が必要な場合については、本市が住民票の確認及び受診医療機関等に受診状況等の確認を行うことに同意します。

記

被接種者氏名		生年月日	年 月 日
被接種者住所	甲賀市		

1. 助成金の交付を申請する予防接種の内容

予防接種名	接種年月日	支払った料金	請求金額
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
申請額総計			円

2. 助成金の交付を申請する予防接種を接種した医療機関の名称等

医療機関名	所在地	電話番号

(裏面も記載をお願いします)

3. 私が受領する接種費用について、次の指定口座への振込を依頼します。

振 込 先 口 座	金融機関名/ 支店名	/		
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

※申請者氏名と口座名義人が異なる場合は、名義人に領収権を委任したものとみなします。

【提出書類】

- 予防接種を受けたことが確認できる書類の写し（母子健康手帳「予防接種の記録」欄又は予診票の写し等）
- 予防接種に係る費用の支払いを証明する書類の原本（領収書等）
- 振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードの写し（口座番号等が分かるもの）