

任意予防接種費用助成 (償還払) 申請書

年 月 日

(宛先) 焼津市長

住 所

申請者氏名

㊞

予防接種を受けた者との続柄 ()

電話番号 () -

次のとおり焼津市任意予防接種費用助成金の交付を申請します。

予防接種を受けた者	(フリガナ) 氏 名		
	住 所	※必ず接種日現在の住民票の住所地をご記入ください。 焼津市	
	生年月日	年 月 日 (歳) (か月)	
	対象区分	※接種現在 乳幼児 ・ 小学生 ・ 中学生	
ワクチンの種別	接種回数	接種年月日	助成金申請額
小児インフルエンザ ワ ク チ ン	1回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> 1,000 円 <input type="checkbox"/> (円) 生活保護世帯
	2回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> 1,000 円 <input type="checkbox"/> (円) 生活保護世帯
おたふくかぜ ワ ク チ ン	1回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> 2,000 円 <input type="checkbox"/> (円) 生活保護世帯
	2回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> 2,000 円 <input type="checkbox"/> (円) 生活保護世帯
計			円

※ は、該当するところにレ点を付してください。

【振込先口座】申請者名義の口座

	銀行・信用金庫・ 農協・()	支店	口座種別	普通・当座 その他 ()
口座番号		(フリガナ) 口座名義人		

(注)

- 1 この申請書には、次に掲げる書類を添付してください。
 - (1) 医療機関が発行した接種費用の領収書
 - (2) 予防接種済証、予診票 (被接種者控え) その他接種をした医療機関が予防接種の種類及び接種日を記録した書類で被接種者が分かるもの又はその写し
 - (3) 生活保護世帯に属している者である場合は、生活保護受給証明書又はその写し
- 2 助成金の申請をすることができる期間は、接種を受けた日から1年間です。