

見本

第3号様式（その4）（第6条関係）

窓口に提出した日

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

下記の振込先の
口座名義人（父または母）
と同じとしてください

住 所 焼津市本町5丁目6-1
氏 名 焼津 花子
電 話 番 号 (054) 627 - 4111

印
シャチハタは
不可です

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。

【申請者記入欄】

申請者 (保護者)	住 所	焼津市本町5丁目6-1		
	(フリガナ) 氏 名	ヤイツ ハナコ 焼津 花子 (署名)		
	電話番号	054 - 627 - 4111		
	予防接種を受けた者との続柄	母		
予防接種を 受けた者	住 所	※必ず接種日現在の住民票の住所を記載すること。 焼津市 本町5丁目6-1		
	(フリガナ) 氏 名	ヤイツ タロウ 焼津 太郎		
	生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日 (〇〇歳)		
	電話番号	(054) 627 - 4111		
予防接種名	接種回数	接種年月日	接種費用	限度額
男性HPVワクチン	1回目	R〇年△月□日	<input checked="" type="checkbox"/> (16,000円)男性HPVワクチン <input type="checkbox"/> (円)生活保護世帯	8,000円 なし
	2回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> (円)男性HPVワクチン <input type="checkbox"/> (円)生活保護世帯	8,000円 なし
			<input type="checkbox"/> (円)男性HPVワクチン <input type="checkbox"/> (円)生活保護世帯	8,000円 なし
助成金申請額				¥8,000 円

※ □は、該当するところにレ点を付してください。助成金申請額は、接種費用と限度額を比較し少ない金額になります。

金額に¥マークを付ける
注意：訂正は不可

【振込先口座】

△△	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	1 2 3 4 5 6 7 (最大7ケタ)	(フリガナ) 口座名義人			ヤイツ ハナコ 焼津 花子

(注)

- 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。