

※見本

## 予防接種費用助成申請書

申請日

令和 1 年 6 月 12 日

名護市長 殿

注意 太枠の中だけ記入してください。

フリガナ	ナゴ タロウ		性別	生年月日	
被接種者氏名	名護 太郎		男・女	(年齢: 0 才) 平成 31 年 2 月 1 日	
保護者氏名	名護 一郎		(被接種者との関係: 父)	被接種者からみので続柄	
住所	(電話番号: 090-000-△△△△) 名護市港一丁目一番一号				
予防接種名	実施日	実施医療機関名	支払料金	市の契約単価	※助成額
例: ヒブ 1 回目	H31.4.3	九州クリニック	8,400 円	9,385 円	8,400 円
例: 4 種混合 初回 1 回目	〃	〃	11,000 円	12,042 円	11,000 円
例: ヒブ 2 回目	H31.5.2	九州クリニック	8,400 円	9,385 円	8,400 円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
合計金額			27,800 円		27,800 円

※助成金額は、市の契約単価が上限となります。

## 【添付書類】

- 医療機関発行の領収書または支払い証明書の原本
- 請求者の振込先口座の通帳の写し等
- 予防接種済証又は親子健康手帳

保護者の振込先を記入してください。

振り込み先

振込先 金融機関	〇〇〇〇 銀行・農協		〇〇〇 本店・支店						
	フリガナ	ナゴ イチロウ	口座番号						
	口座名義人氏名	名護 一郎	1	2	3	4	5	6	7