

予防接種費用助成申請書

年 月 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				性別	生年月日		
被接種者氏名				男・女	(年齢: 才) 年 月 日		
保護者氏名	(被接種者との関係:)						
	印						
住所	(電話番号:)						
	名護市						
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		
			円	円	円		
			円	円	円		
			円	円	円		
			円	円	円		
			円	円	円		
			円	円	円		
合計金額			円				円

※助成金額は、市の契約単価が上限となります。

【添付書類】

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

振り込み先

振込先 金融機関	銀行・農協		本店・支店		区分	普通 当座			
	フリガナ				口座番号				
	口座名義人氏名								