

# ※見本

様式第2号（第5条関係）

## 予防接種費用助成申請書

申請日

令和4年7月8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) 令和3年12月1日	
保護者氏名	名護 一郎		(被接種者との関係: 父)		
住所	名護市港一丁目一番一号 (電話番号: 090-000-△△△△)				
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	R4.3.3	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	H4.4.6	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

申請者と同じ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