

石垣市予防接種費用助成金申請書(小児用)

石垣市長 様

要確認

〇〇年 〇〇月 〇〇日

申請者

住所 : 石垣市字石垣〇〇番地 〇〇マンション〇〇号室

氏名 : 石垣 太郎 印

(接種者との続柄 : 父)

電話番号 : 090-1234-〇〇〇〇

※申請者は振込先の口座名義人と同一とし、情報は正確に記載してください。

上記の必要書類を添えて、予防接種費用の助成金を申請します。

フリガナ	イシガキ チビタ	生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
接種者氏名	石垣 チビタ		
住所	石垣市 同上		

※住所は申請者と同一であれば「同上」としてください。

振込先口座 (記入または該当する方に○をしてください)

金融機関名	〇〇	銀行 労働 農協 漁連	〇〇	支店 出張所 本店
預金種別	普通・当座	口座番号	1234567	
フリガナ	イシガキ タロウ			
口座名義人	石垣 太郎			

※振込先の口座名義人は申請者と同一とし、情報は正確に記載してください。

助成金請求額 〇〇,〇〇〇 円

申請する予防接種の種類

予防接種名・回数	接種年月日	償還申請額	医療機関名
ヒブワクチン 1回目	〇〇年〇〇月〇〇日	〇,〇〇〇円	〇〇クリニック
ヒブワクチン 2回目	〇〇年〇〇月〇〇日	〇,〇〇〇円	同上
小児用肺炎球菌 1回目	〇〇年〇〇月〇〇日	〇,〇〇〇円	同上
小児用肺炎球菌 2回目	〇〇年〇〇月〇〇日	〇,〇〇〇円	同上
四種混合 1回目	〇〇年〇〇月〇〇日	〇,〇〇〇円	同上

※償還申請額には接種費用と市の定める上限額(別紙)のどちらか少ない額を記入してください。