様式第1号(第4条関係)

石 垣 市 予 防 接 種 費 用 助 成 金 申 請 書

石垣市長　　様

年　　月　　日

申　請　者

住 所：

氏 名：　　印

(接種者との続柄　：　　)

電話番号　：

※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。

申請に必要なもの
・親子健康手帳又は予防接種済証
・予防接種予診票（済）
・領収書(明細が分かるもの)原本を提出)
・通帳の写しと印鑑

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 接種者氏名		生年月日	年　　月　　日
住　所	石垣市		

※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〇をしてください)

金融機関名		銀　行 労　金 農　協 漁　連		支　店 出張所 本　店
預 金 種 別	普通 ・ 当座	口座番号		
フ リ ガ ナ				
口座名義人				

※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	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