

石垣市予防接種費用助成金申請書(小児用)

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。

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		生年月日	年 月 日
接種者氏名			
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○をしてください)

金融機関名		銀行 労働 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

※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。