様式第２号(第６条関係)

定期予防接種費助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

西　都　市　長　　様

申請者の住所

申請者の氏名　　㊞

(被接種者との関係：　　)

西都市委託医療機関以外で予防接種を接種したので、予防接種費用を請求します。

請　求　金　額　　円

(内訳)

被接種者名　　(　男　・　女　)

生年月日　　年　　月　　日

接種日	予防接種名	接種料金	交付限度額	請求額
合計				円

※請求額は、接種料金と交付限度額のいずれか低い金額とします。

振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協		支店 支所	預金種別 普通・当座
	口座番号		フリガナ		
			口座名義人		

＊領収書及び予防接種済証、予防接種名及び予防接種を受けた日の記載のある母子健康手帳の写しを添付すること。