

様式第3号（第5条関係）

いちき串木野市任意予防接種費用助成金償還払い申請書兼請求書

年 月 日

いちき串木野市長 様

いちき串木野市任意予防接種費用助成事業実施要綱第7条の規定により、
関係書類を添えて費用助成の申請及び請求をします。

予防接種名	おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 1歳以上2歳未満 <input type="checkbox"/> 5歳以上の者で小学校就学前の1年間のもの		<input type="checkbox"/> 1回目			
	インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 不活化ワクチン (満6か月から中学校卒業前まで)		<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目			
		<input type="checkbox"/> 経鼻生ワクチン (2歳から中学校卒業前まで)		<input type="checkbox"/> 1回目			
申請者	フリガナ						
	氏名						
	住所	〒					
	連絡先						
接種情報	被接種者名						
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> いちき串木野市					
	生年月日	年	月	日	申請者との続柄		
	接種日	年	月	日	年	月	日
	接種医療機関名						
申請金額	円		接種費用		円		
振込口座	金融機関	銀行 農協 金庫		支店 支所 出張所			
	口座種別	普通・当座	口座番号				
	口座名義						
添付書類	<input type="checkbox"/> 1 医療機関発行の領収証 <input type="checkbox"/> 2 本人確認書類 <input type="checkbox"/> 3 母子健康手帳に記載の接種記録又は接種済証明書 <input type="checkbox"/> 4 振込口座の写し						

※接種日の翌日から接種月の属する年度の3月31日までに申請してください。
※窓口申請以外の場合、添付書類の1～3は写しで可