

様式第4号(第7条関係)

任意予防接種費用助成申請書兼請求書
(□子ども向け・□障がい者等向けインフルエンザ用)

年 月 日

美作市長 様

申請者

住 所

氏 名

印

電話番号

被接種者との続柄 ()

美作市任意予防接種費用助成規則第7条の規定により、下記のとおり助成金を請求します。

記

被接種者	フリガナ				生年月日
	氏 名				年 月 日生
	住 所	美作市			歳 か月 (接種日の月齢)
接 種 日	ワクチンの種類	区 分	接 種 委 託 料 (A)	接 種 者 支 払 額 (B)	請 求 額 (A) 又 (B) いずれか少ない額
		回 目	円	円	円
		回 目	円	円	円
合 計 請 求 金 額			円		
振 込 先	金 融 機 関 名	銀行 金庫 組合	店 支店 出張所	普通 当座 該当を○で囲む	
	記 号 (ゆうちょ銀行 の場合)	フリガナ			
	口 座 番 号	口座名義人			

添付書類

①領収書の原本 (被接種者名、接種日及び接種費用がわかるもの)

②こどもは、接種が証明できるもの (親子健康手帳、予防接種済証等)

障がい者等の方は、(1)心身障害者医療費受給資格証(2)精神障害者福祉手帳1～2級(3)特定医療費(指定難病)受給者証のコピー

③口座のわかるもの (こどもは保護者の口座、障がい者等は本人の口座とする。本人以外の口座に振り込む場合は、委任状が必要です。)