

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)

令和元年10月1日

美作市長 様

申請者

住 所 美作市北山390-2

氏 名 美作 太郎

印

電話番号 080-1111-1111

被接種者との続柄 (本人)

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	ミマサカ タロウ			生年月日
	氏 名	美作 太郎			平成1年1月1日生
	住 所	美作市北山390-2			30歳 10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) (助成金額)	接種者支払額 (B) (医療機関支払額)	請 求 額 (A) 又 (B) いずれか少ない額
10/1	インフルエンザ	1 回目	1,000円	3,000円	1,000円
		回 目	円	円	円
合 計 請 求 金 額			1,000 円		
振 込 先	金融機関名	美作 銀行 金庫 組合		美作 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 ミマサカ タロウ			
	口 座 番 号	1 2 3 4 5 6 7		口座名義人 美作 太郎	

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。)