

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 ⑩  
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<br>(接種日の月齢)               |
| 接 種 日       | ワクチンの種類                | 区 分            | 接 種 委 託 料<br>(A) | 接 種 者 支 払 額<br>(B) | 請 求 額<br>(A) 又 (B)<br>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<br>金庫<br>組合 |                  | 店<br>支店<br>出張所     | 普通<br>当座<br>該当を○で囲む            |
|             | 記 号<br>(ゆうちょ銀行<br>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。）