

定期予防接種費用助成申請書

年 月 日

富谷市長 あて

申請者(保護者):
 住 所:
 氏 名:
 (被接種者との続柄:)
 電 話:

関係書類を添えて下記のとおり定期予防接種費用の助成を申請します。

記

申請額	金 _____ 円 接種に直接要した費用。ただし、市が実施する予防接種の契約医療機関での接種料金を上限とする。 *金額の確認のために必要な場合は、医療機関に対し検査内容等を照会することについて同意します。					
	太枠内のみ ご記入ください	受けたワクチンの種類	A 医療機関への 支払額(領収書の金額)	B 富谷市の接種 料金	A・Bのどちらか低い方(請求金額)	
			円	円	円	
			円	円	円	
			円	円	円	
	請求金額(合計)				円	
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	預金 種別	普通 当座	
	(フリガナ) 口座名義人	口座番号				
申請受理年月日	年 月 日		承認・不承認 決定年月日	年 月 日		

- 次に掲げる書類を添付してください。
 - ・接種した医療機関から発行された領収書の写し
 - ・母子健康手帳の写し(予防接種の記録が記載されているもの)
- 振込先の口座名義人は申請者名(保護者)としてください。申請者名でない場合は、申請者からの委任状が必要となります。