

人吉市定期予防接種費用助成申請書兼請求書

令和 年 月 日

人吉市長 松岡 隼人 様

申請者 住 所

保護者氏名 印

電話番号

定期予防接種費用の助成を以下のとおり申請します。

なお、助成金については、下記口座に振り込んでください。

◆接種状況

被接種者氏名		生年月日	年 月 日
予防接種を受けた理由	<input type="checkbox"/> 出産で定期予防接種の対象となる子を連れて定期予防接種を実施する時期に市外に滞在していたため <input type="checkbox"/> 定期予防接種の対象となる子が定期予防接種を実施する時期に市外の医療機関に入院、または施設等に入所していたため <input type="checkbox"/> その他 ()		
接種日	令和 年 月 日		
接種ワクチン			
接種医療機関			
接種費用	円	助成額	円

◆振込先

振込口座	金融機関名	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店 支店・支所 出張所
	口座種別	普通・当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人		

- (1) 定期予防接種を受けた市外医療機関発行の領収書の写し
- (2) 母子健康手帳その他定期予防接種の記録が記載されているものの写し
- (3) その他、市長が必要と認める書類