

様式第1号

人吉市定期予防接種費用助成申請書兼請求書（記入例）

令和〇〇年〇〇月〇〇日

人吉市長 松岡 隼人 様

空白でお願いします。

※赤の部分の記載をお願いします。

申請者 住所 熊本県人吉市西間上町2646番地

保護者氏名 人吉 花子 ㊟ 必ず押印を

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	人吉 桃子	生年月日	R〇年 〇月 〇日
予防接種を受けた理由	<input checked="" 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 〇年 〇月 〇日		
ワクチン種類と回数	接種ワクチン ロタリックス（1回目）B型肝炎（1回目） ヒブ(1回目)、小児肺炎球菌(1回目)		
1回の接種の合計額	接種医療機関 福岡小児科		
接種費用	20,000 円	助成額	空白でお願いします。

◆振込先

必ず申請者と同一の方の振込口座	金融機関名	人吉 銀行 農協 信用金庫 信用組合	人吉 本店 支店・支所 出張所
	振込口座	口座種別 普通 当座	口座番号 1 2 3 4 5 6 7
	フリガナ	ヒトヨシ ハナコ	
	口座名義人	人吉 花子	必ず同じ名前をお願いします。

- 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
- 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
- その他、市長が必要と認める書類