

人吉市長 様

(注) 対象者(接種した方)
または
保護者(対象者が小児の場合)
が申請者

申請者住所 熊本県人吉市西間下町7番地1
氏名 人吉 花子印(続柄 本人)
電話番号 123-456-789

人吉市定期予防接種費用助成申請書兼請求書

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。

記

1 対象者

氏名	人吉 花子	生年月日	○ 年 ○ 月 ○ 日
住所	熊本県人吉市西間下町7番地1		

2 接種した予防接種内容及び申請額

(注) 申請額は、A又はBいずれか低い金額を記入。Aに関して、高齢者用肺炎球菌、インフルエンザ(高齢者)、新型コロナウイルス感染症(高齢者)、带状疱疹(高齢者)については、接種日の属する年度に市が定めた自己負担額を差し引いた費用を記入

予防接種の種類	接種日	予防接種に要した費用(A)	市の契約単価(B)	申請額
インフルエンザ	令和○年○月○日	円	円 記入しない	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円

申請額合計

円

(注) 必ず申請者と同一名義

3 振込先

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						
	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								

- (1) 定期予防接種を受けた医療機関発行の領収書(被接種者氏名、当該予防接種の種類及びその費用、接種日、医療機関名が記載されたもの)の写し
- (2) 定期予防接種の記録が記載されている者(親子(母子)健康手帳又は予防接種済証)の写し
- (3) 予診票の原本又はその写し
- (4) その他市長が必要と認める書類