人吉市長

様

 申請者住所
 5

 氏名
 印(続柄

 電話番号

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

-	対象者
	VT (N) Z
1	V.1 3/K 7H

氏 名	生年月日	年	月	目
住 所				

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、インフルエンザ、肺炎球菌 (高齢者がかかるものに限る。)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
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円

申請額合計

3 振込先

- 3,5 (1,0)										
	金融機関名				銀行・農協 信用金庫 信用組合			本 支后 出	ち・ラ 張	店 支所 所
振込口座	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(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