

人吉市長 様

年 月 日

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 熊本県西間下町7番地1

氏名 人吉 花子

印（続柄 母 ）

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

1 対象者

氏 名	人吉 桃子	生年月日	R〇 年 〇 月 〇 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、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
ロタリックス（1回目）	令和〇年〇月〇日	円	円	円
B型肝炎（1回目）	令和〇年〇月〇日	円	円	円
ヒブ（1回目）	令和〇年〇月〇日	円	円	円
小児肺炎球菌（1回目）	令和〇年〇月〇日	円	円	円
四種混合（1回目）	令和〇年〇月〇日	円	円	円

空白でお願いします

申請額合計

円

3 振込先

必ず申請者
と同一の方
の振込口座

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	必ず同じ名前をお願いします。

- 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
- 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
- 予診票の原本又はその写し
- その他市長が必要と認める書類