様式第３号（第８条関係）

年　　月　　日

伊万里市予防接種費用助成金交付申請書

伊万里市長　　様

申請者　　住所
氏名
電話

予防接種を委託医療機関以外で受けて費用を負担したため、伊万里市予防接種費用助成金交付要綱第８条の規定により、下記のとおり助成金を申請します。

被接種者	住　所	伊万里市		
	氏名	（ 男 ・ 女 ）	生年月日	
	電話番号			

予防接種の種類	接種年月日	接種金額※領収書添付	助成基準額※
		円	※　　円
		円	※　　円
		円	※　　円
		円	※　　円
		円	※　　円
		円	※　　円
		円	※　　円
		円	※　　円
		円	※　　円
		円	※　　円
		円	※　　円
合計金額		円	※　　円
助成金申請額			※　　円

※は記載不要です

予防接種費用助成金口座振替依頼書

助成金については、次の口座に振り込みを依頼します。

金　融　機　関　名		本　店 支　店 出張所	
預金項目	１　普通 ２　当座	口座番号	
口座名義人		ふりがな	

※必要書類　①予防接種費用領収書　②予防接種予診票
③予防接種の記録が記載されているもの（母子健康手帳、予防接種済証等）

※申請期間は予防接種日から１年以内です

※債権者と口座番号が異なる場合は、名義人への領収権の委任とします