

寝屋川市おたふくかぜワクチン接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(あて先) 寝屋川市長

寝屋川市接種費用助成について、寝屋川市年少児のおたふくかぜワクチン接種費用の助成について次のとおり申請します。また申請にあたり、私は暴力団員又は暴力団の密接な関係者でないことを誓約します。

なお、寝屋川市がこの請求に必要な住民基本台帳に関する情報の確認及び医療機関等に対する確認を行うことについて同意します。

申請・請求者 〒 572-0832
住 所 寝屋川市本町1番1号
氏 名 寝屋川 花子
電話番号 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇

※接種者の保護者(申請者)について保護者本人が記入

住 所	寝屋川市本町1番1号		
(フリガナ)	ネヤガワ タロウ	ネヤガワ サクラ	
被接種者名	寝屋川 太郎	寝屋川 さくら	※接種者について記入
生年月日	平成〇〇年 〇月〇日	平成〇〇年 〇月 〇日	※年齢は接種日時点の年齢を記載してください。(助成対象年齢であるか確認してください)
年齢(接種日時点)	6 歳 〇〇か月	1歳 〇 か月	
接種区分 (いずれかに☑)	☐ 1～2歳 ☒ 就学前の年度	☒ 1～2歳 ☐ 就学前の年度	※助成の対象となる年齢は、1歳から2歳の間と 小学校入学の前の年度の間ですので、いずれ
接種日	令和〇年〇月〇日	令和〇年〇月〇日	
医療機関名	〇〇病院	××診療所	※請求金額の上限は1回3,500円。医療機関で支払った金額が1回3,500円未満の場合は実費分で請求となります。
助成金額	3,500円	3,500円	
合計金額	金 7,000 円		※請求金額の合計

振込先 銀行口座等	※口座名義人が申請・請求者と異なる場合は、口座名義人に受領権限を委任したものとします。		
金融機関名	〇〇〇〇 銀行		
支店・口座番号	支店名 (〇〇 支店)	普通・当座	NO. 〇▽〇××〇〇
(フリガナ)	ネヤガワ ハナコ		
口座名義人	寝屋川 花子		

※添付書類 当該予防接種に係る領収書(被接種者氏名、接種年月日、予防接種名、接種費用額、接種医療機関名と押印のあるものに限る。)

市記載欄

年 月 日	受 付 者	確認欄	
令和 年 月 日		☐ 領収書 ☐ 運転免許証 ☐ 予防接種済証	☐ 母子健康手帳 ☐ 健康保険証 ☐ その他 ()