

寝屋川市定期予防接種費用補助金交付申請書兼請求書

令和 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、寝屋川市取扱医療機関以外での定期予防接種費用補助金交付要綱第7条の規定により次のとおり請求します。

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及び医療機関等に対する確認を行うことについて同意するとともに、私が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。

【請求者】 氏 名 (続柄:)

住 所 〒

電話番号

【被接種者】 フリガナ

氏 名

生年月日 年 月 日

次のとおり必要書類を添付の上、定期予防接種費用に係る補助金の交付の報告及び請求をします。交付の際は下記口座へ振り込んでください。

※口座名義人が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。

予防接種費用	予防接種の種類			
	請求金額	金 円		
	振 込 先 銀行口座等	銀行		支店
		普通・当座	口座番号	
		口座名義 (カタカナ)		

添付書類

- ・ 当該予防接種の記録が記載された母子健康手帳の写し又は予防接種済証
- ・ 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）

----- 【以下は記載しないでください。】 -----

予防接種の種類		(受付印)	
接種医療機関名			
接種年月日	年 月 日		
確認欄	☐ 依頼書の発行	☐ 母子健康手帳	受付者 押印欄
	☐ 予防接種済証	☐ 領収書 ☐ 健康保険証	
	☐ 運転免許証	☐ その他 ()	