様式第３号（第５条関係）

　　年　　月　　日

出雲市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（被接種者との続柄　　　　　　）

定期予防接種費用助成申請書

予防接種費用の助成を受けたいので、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | 住　　所 |  | | | | | | | |
| フリガナ  氏　　名 |  | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | 電話番号 | | |  | | |
| 医療機関名 | |  | | | | | | | |
| 予防接種の種類 | | 接種日 | 支払額 | 市の契約単価 | | | 自己負担額 | | 申請額 |
|  | | 年 　月 　日 | 円 | 円 | | | 円 | | 円 |
|  | | 年 　月 　日 | 円 | 円 | | | 円 | | 円 |
|  | | 年 　月 　日 | 円 | 円 | | | 円 | | 円 |
|  | | 年 　月 　日 | 円 | 円 | | | 円 | | 円 |
|  | | 年 　月 　日 | 円 | 円 | | | 円 | | 円 |
|  | | 年 　月 　日 | 円 | 円 | | | 円 | | 円 |
|  | | 年 　月 　日 | 円 | 円 | | | 円 | | 円 |
|  | | 年 　月 　日 | 円 | 円 | | | 円 | | 円 |
|  | | 年 　月 　日 | 円 | 円 | | | 円 | | 円 |
| 合計額 | | | 円 | 円 | | | 円 | | 円 |
| 振込先 | | 金融機関名 |  | | | 支店名 | |  | |
| 預金種別 | 普通　・　当座 | | 口座  番号 |  | | | |
| フリガナ  口座名義人 |  | | | | | | |

※助成額は、支払額と契約単価のいずれか少ない金額になります。ただし、市が定めた自己負担額を除きます。

添付書類

（１）接種した医療機関の領収書の原本（接種した予防接種の種類が分かるもの）

（２）予防接種を受けたことを証明する書類（母子健康手帳，予防接種済証等）

（３）市長が必要と認めるもの