

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