

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	申請額	
	年 月 日	円	円	円	
	年 月 日	円	円	円	
	年 月 日	円	円	円	
	年 月 日	円	円	円	
	年 月 日	円	円	円	
	年 月 日	円	円	円	
	年 月 日	円	円	円	
	年 月 日	円	円	円	
	年 月 日	円	円	円	
支払合計額	円		申請額	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。

添付書類

- 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）
- 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）
- 市長が必要と認めるもの