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