

予防接種費用助成金申請書兼請求書

年 月 日

鹿児島市長 殿

申請者 (保護者)

住 所 〒 _____

フリガナ 氏 名 _____

接種者対象者との続柄【 _____ 】

電話番号 _____

鹿児島市予防接種費用助成金要綱第6条第1項の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。なお、助成金は、下記の口座に振り込んで下さい。(※申請者以外の方の口座への振込みを希望する場合、太枠内最下段に受任者の情報を記載してください。)

予防接種を受けた者	住所 鹿児島市 フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日			
予防接種の種類	接種年月日	接種費用 (自己負担分)		助成金決定額 ※所管課記入欄
	年 月 日	円		円
	年 月 日	円		円
	年 月 日	円		円
	年 月 日	円		円
	年 月 日	円		円
	年 月 日	円		円
振 込 先	本・支店名	種別	口座番号	口 座 名 義
銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	普通 当座		フリガナ
(口座名義が申請者と異なる場合) 上記、接種費用に係る助成金の受領に関することを下記の者に委任します。 受任者 住 所 氏 名 印 接種者対象者との続柄【 _____ 】				
添付書類 ※申請期限は接種後 6か月以内です	<input type="checkbox"/> 接種した医療機関等が発行した領収書(レシート不可) <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の写し又は予防接種済証 <input type="checkbox"/> 予診票の原本又はその写し <input type="checkbox"/> 通帳の写し (銀行名・支店名・種別・口座番号・口座名義のページ)			