

予防接種助成金申請書

令和 年 月 日

伊達市長

(郵便番号 -)

住所

請求者

氏名

予防接種助成金について、次のとおり申請します。

予防接種名					
被接種者氏名		性別		生年月日	年 月 日
被接種者住所	電話番号				
接種医療機関	名称				生活保護の有無 ※
	所在地				無 ・ 有
医療機関に支払った金額	円	接種月日	令和 年 月 日		
交付金申請額	円	振込口座	銀行・信用金庫・農協 支店 普通・当座 名義人		

※生活保護受給に係る確認について、生活保護業務担当課に照会することを同意します。

本人または保護者氏名

予防接種料金受領証明書				
領収書の添付	予防接種名		受領金額	円
	被接種者氏名			
	接種年月日	年 月 日	受領年月日	年 月 日
上記のとおり証明します。 年 月 日 医療機関名 所在地 名称 氏名 印				

この請求書には、予防接種実施医療機関による予防接種料金受領証明書の証明、または、医療機関発行の「領収書」のいずれかが必要です。