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。