

様式第8号(第11条関係)

小美玉市定期外予防接種費用助成金交付申請書兼請求書(償還払い用)

フリガナ		住 所	小美玉市
保護者			
フリガナ		性 別	男 • 女
被接種者		生年月日	年 月 日生

ワクチンの種類	
---------	--

申請兼請求額 円

(自己負担額と助成額を比較して低い方の金額を記入)

小美玉市長 様

上記のとおり申請します。

年 月 日

申請者 住 所 : 小美玉市

(請求者) 氏 名 :

(被接種者との続柄 )

電 話 :

添付書類

1. 領収書(予防接種名が印字されているもの)
2. 母子健康手帳予防接種の記録又は予防接種済証等(コピー可)
3. 銀行名、支店名、口座番号、口座名義が記載された通帳等のコピー

振込先金融機関

コード番号			
振込銀行	銀行・信用金庫 信用組合・農協		(支店番号 ) 支店
口座種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義			