

別記様式（第5条関係）

始良市定期予防接種費用助成金支給申請書兼請求書

年 月 日

始良市長 米丸 麻希子 殿

申請者 住 所

氏 名

(被接種者との続柄)

私は、始良市定期予防接種費用助成金の支給を受けたいので、始良市定期予防接種費用助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

支給申請額	円
-------	---

被接種者	住 所	電話番号 ()	
	(ふりがな) 氏 名		男 女
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年 月 日 生

下記口座への振込みを依頼します。

振 込 依頼先	金融機関名		支店名	種別
				普通 当座
	口座番号			
	(ふりがな) 口座名義人	()		

◎申請上の注意

- この申請書は、始良市に住所を有する方が、委託外予防接種実施機関において定期予防接種を接種し、その際に支払った接種費用の払戻しを受けるための書類です。
- 申請者は、予診票・身分証明書・予防接種実施機関発行の領収書・通帳の写しを添付してください。
- 接種費に係る助成金については、接種した日の翌日から請求することができます。また、申請期限は、接種日から起算して1年以内とします。

【※市処理欄】

決定年月日	年 月 日	支給決定金額	円
-------	-------	--------	---

別記様式（第5条関係）

始良市定期予防接種費用助成金支給申請書兼請求書

年 月 日

始良市長 米丸 麻希子 殿

申請者は、**接種者本人**
またはご家族

申請者 住 所

氏 名

(被接種者と続柄)

私は、始良市定期予防接種費用助成金の支給を受けたいので、始良市定期予防接種費用
により、関係書類を添えて申請します。

裏面の (C) の金額を記入

支給申請額 円

被接種者	住 所	電話番号 (- -)	
	(ふりがな) 氏 名		男 女
台・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 生			

接種者本人またはご家族
の口座

振 込 依頼先	金融機関名		支店名	種別
				普通 当座
	口座番号			
	(ふりがな) 口座名義人	()		

◎申請上の注意

- この申請書は、始良市に住所を有する方が、委託外予防接種実施機関において定期予防接種を接種し、その際に支払った接種費用の払戻しを受けるための書類です。
- 申請者は、予診票・身分証明書・予防接種実施機関発行の領収書・通帳の写しを添付してください。
- 接種費に係る助成金については、接種した日の翌日から請求することができます。また、申請期限は、接種日から起算して1年以内とします。

【※市処理欄】

決定年月日	年 月 日	支給決定金額	円
-------	-------	--------	---

