姶良市定期予防接種費用助成金支給申請書兼請求書

令和　　年　　月　　日

姶良市長　　湯元　敏浩　　殿

申請者　　住　所　〒899-
姶良市
氏　名　　㊞
（被接種者と続柄　　）

私は、姶良市定期予防接種費用助成金の支給を受けたいので、姶良市造血細胞移植後ワクチン再接種費用助成事業実施要綱第７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

接種者	住　　所	電話番号（　　－　　－　　）	
	（ふりがな） 氏　　名		男 女
	生年月日	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		種別
			普通 当座 貯蓄
	口座番号		
	（ふりがな） 口座名義人	（　　）	

◎申請上の注意

1　この申請書は、姶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。
2　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。
3　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	令和　年　月　日	支給決定金額	円

（裏面）

単位：円

予防接種の種類	接種年月日	接種費用（A）	支給上限額（B）	支給申請額（C）（AとB少ない方）
合　計				

※　支給申請額（C）には、接種費用と市の定める上限額のどちらか少ない方を記入してください。

※　表面の支給申請額欄には、裏面の支給助成申請額（C）の合計金額を記入してください。