

年 月 日

大田市長

様

申請者

住 所

氏 名

(被接種者との続柄)

定期予防接種費用助成申請書兼請求書

予防接種費用の助成を受けたいので、下記のとおり申請します。

被接種者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	現 住 所			
接種医療機関名		名称 住所	TEL	
接種年月日	予防接種名	自己負担額	市の基準単価	申請（請求）額
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
自己負担額合計		円	申請（請求）金額 合計	円

私が受領する予防接種費用について、下記指定口座への振込を依頼します。

振 込 先 口 座	金融機関名			
	預金種別	普 通 ・ 当 座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

※ 助成額は、自己負担額と市の基準単価のいずれか少ない金額になります。

※ 太枠内をご記入ください。

〈添付書類〉・接種した医療機関の領収書の原本（接種した予防接種の種類が分かるもの）

- ・予防接種を受けたことを証明する書類（母子健康手帳、予防接種済証）
- ・予診票の原本または写し
- ・その他市長が必要と認めるもの