

別記様式(第5条関係)

珠洲市乳幼児任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

珠洲市長

申請者(兼)請求者

住 所 珠洲市

氏 名

電話番号

次のとおり任意予防接種費用助成金の交付を受けたいので、領収書ほか関係書類を添えて申請します。

請求額 金 円

被 接 種 者	フリガナ				
	氏 名				
	生年月日	年 月 日 (歳)			
医 療 機 関 名					
接 種 日	年 月 日				
支 払 っ た 額	円				
予 防 接 種 の 種 類	おたふくかぜワクチン				
振込先 (申請者名義)	金融機関名	銀行 信用金庫 農業協同組合	支店	種類	
	口座番号			普通	
	口座名義	フリガナ			
		氏 名			

【添付書類】

1. 領収書
2. 診療明細書または母子手帳(予防接種名が記載されたページの写し)

検 印