

予防接種費用助成金申請書兼請求書

年 月 日

豊岡市長様

申請者

住 所 _____

フリガナ 氏 名 _____

（被接種者との続柄： _____）

生年月日 _____ 年 月 日

電話番号 _____

（昼間に連絡可能な番号を記入してください）

下記のとおり予防接種費用の助成を受けたいので、豊岡市市外予防接種実施要綱第6条第2項の規定により次のとおり申請します。

また、本申請書兼請求書の内容に関し、市が保有する個人情報を読覧すること及び本予防接種の事実につき接種医療機関等に照会することに同意します。

記

被 接 種 者	フリガナ 氏 名	_____	男 ・ 女	生年 月日	年 月 日 (歳 か月)
	住 所	豊岡市			
	※未成年の場合 保護者氏名 (住所： _____)				
予防接種の種類		接種年月日	接種費用 (自己負担額)		助成金決定額 ※担当課記入欄
		年 月 日	円		円
		年 月 日	円		円
		年 月 日	円		円
		年 月 日	円		円
合 計			円		円
上記助成金については、次の口座に振込みを依頼します。 なお、申請者と口座名義人が異なるときは、口座名義人に受領委託します。					
振込先	金融機関		口座番号		口座名義人
	銀行 信用金庫 農 協	本店 支店	普通 当座		フリガナ _____

※ 医療機関発行の領収書原本及び予防接種済証（又は母子手帳の写し）を添付してください。