

定期予防接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

阿波市長 様

申請者住所 阿波市

氏名 印  
 （被接種者との続柄）  
 電話番号

次のとおり、定期予防接種費用の助成を申請します。

助成申請（請求）額 円

※太枠内には記入しないでください。

被接種者	氏名				性別	男 女
	住所					
実施医療機関	名称					
	住所					
接種日	ワクチンの種類	期/回数	支払額 A	助成限度額 B	申請（請求）額C AとBのうち少ない額	
年 月 日						
年 月 日						
年 月 日						
年 月 日						
年 月 日						
年 月 日						
年 月 日						
年 月 日						
年 月 日						
合 計						

振込先

金融機関名	銀行・農協 金庫			本店・支店 本所・支所				
預金種別	普通・当座	口座番号						
フリカゝナ								
口座名義								

必要書類

- 予防接種を行った医療機関から発行された領収書の原本
- 予防接種の記録が記載されているもの  
 （母子健康手帳又は予防接種済証の写し）
- 振込先の預・貯金通帳（振込口座が分かる部分）の写し

受付年月日