

特別の理由による予防接種費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

三島市長 あて

住所  
申請者  
氏名 ㊟  
被接種者との続柄（ ）

私は、三島市特別の理由による予防接種費助成金支給要綱第9条の規定に基づき、次のとおり助成金の交付を申請及び請求します。

なお、必要があるときは次の事項について、市が再接種を実施した医療機関並びに再接種に対し補助を行う国及び地方公共団体に確認を行うことに同意します。

接種対象者	フリガナ			性別	
	氏名			男・女	
	住所				
	生年月日	年	月	日	
電話番号					
予防接種名	再接種年月日	接種費用① (支払った金額)	三島市記入欄		
			助成上限額② 三島市で定める定期 予防接種委託金額	申請金額 (①と②で少ない額)	
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
助成金申請合計金額			円		
振込 依頼 口座	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合			本店・支店 支店・出張所
	口座種別	普通	当座	口座番号	
	(フリガナ)				
	口座名義人				

- (添付書類) 1 予防接種の接種実施医療機関名及び種類が記載された領収書  
2 母子健康手帳または予防接種予診票など(当該履歴が確認できるものの写し)  
3 振込先金融機関の銀行名、支店名、口座番号、口座名義人氏名が記載されているもの