

三島市定期予防接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

三島市長 様

住 所

申請者 氏 名 ㊟

電話番号

対象者との続柄

静岡県外の医療機関で受けた定期予防接種の費用について助成を受けたいので、三島市定期予防接種費用助成要綱第6条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請兼請求します。

対象者	住 所	三島市			
	(ふりがな) 氏 名	電話番号 ()			
			生年月日	年 月 日	
予防接種名	接種日	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
申請額 (請求額)			円		
振込先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所			
	預金種別	普通 当座	口座番号		
	ふりがな				
	口座名義人				

※添付書類

- (1) 接種費用に係る静岡県外の医療機関の領収書の写し
- (2) 定期予防接種の記録(母子健康手帳)
- (3) 静岡県外の医療機関で実施した記入済の定期予防接種予診票