

予防接種助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

いわき市長 様

予防接種助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請及び請求をします。

太枠の中をご記入ください

被接種者	フリガナ 氏名				
	生年月日	年	月	日	(歳 か月)
	住所	〒 いわき市			
請求者 (本人又は 保護者)	氏名	続柄 ()			
	電話番号				
予防接種の種類	実施医療機関	接種日	請求額	市記入欄	
				市の契約単価	助成金額
		年 月 日	円	円	円
		年 月 日	円	円	円
		年 月 日	円	円	円
		年 月 日	円	円	円
		年 月 日	円	円	円
		年 月 日	円	円	円
合計金額			円		円

※助成金額は、請求額と市の契約単価のいずれか低い金額となります。

振込先	銀行・農協・信用組合 信用金庫・労金		支店・本店 支所・出張所			
	フリガナ		口座番号			
	口座名義人氏名					

市記入欄

() 地区保健福祉センター 確認欄	保健所 確認欄
<input type="checkbox"/> 医療機関発行の領収書・明細書の写し <input type="checkbox"/> 親子(母子)健康手帳の写し(出生証明、接種の記録を確認) <input type="checkbox"/> 記録後の予診票(1枚目の市提出用) <input type="checkbox"/> 請求者の口座名義の通帳の写し(銀行名・支店・口座番号・氏名確認)	保健所受理日 年 月 日