

鹿島市予防接種費償還払い助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

鹿島市長 様

住所
申請者 氏名 印
電話

指定外医療機関で予防接種を受けましたので、鹿島市予防接種費の償還払いによる助成実施要綱第5条の規定により下記のとおり助成金の交付を申請します。なお、この申請内容に係る審査のため、公簿との照合及び医療機関への確認について同意します。

記

助成対象 予防接種	助成対象者 氏 名		生年月日	年	月	日
	予防接種の 種類	接種日	医療機関名	自己負担額	助成金額	
		年 月 日		円	円	
		年 月 日		円	円	
		年 月 日		円	円	
		年 月 日		円	円	
		年 月 日		円	円	
		年 月 日		円	円	
		年 月 日		円	円	
	計			円	円	

※添付書類として、予防接種費に係る領収書、予診票の原本又は写し及び予防接種済証又は母子健康手帳の予防接種記録の写しを添付すること。

次の口座への振り込みを依頼します。

金融 機関名	銀行 金庫 組合	本店 支店 支所 出張所	口座番号	
			フリガナ 口座名義人	

（申請者と口座名義人が違う場合は記入してください。）

鹿島市予防接種費の償還払いによる助成金受領に関する権限を上記の口座名義人に委任します。

印