

様式第3号（第5条関係）

年 月 日

宇佐市予防接種費用助成金交付申請（請求）書

宇佐市長

宛て

【申請（請求）者／接種対象者】

住 所 宇佐市

氏 名 印

T E L

下記のとおり助成金の交付について関係書類を添えて申請（請求）します。また、この申請（請求）に係る情報について、接種医療機関へ確認することに同意します。

記

予防接種を受けた人	住 所	宇佐市				
	フリガナ					
	氏 名				性別	男・女
	生 年 月 日	年 月 日		年齢	歳	
予防接種の種類	予防接種名	接種金額 (A)	回数 (B)	助成額上限 (C)	助 成 額 (A) (C) 少ない方 × (B)	
	带状疱疹 生ワクチン(任意)			4,000 円		
	带状疱疹 不活化ワクチン(任意)			10,000 円		
接種医療機関名				助成額計		

- ※ 添付書類 ①領収書
②予診票の写し（医師の署名済みのもの）

請求金額 円

口 座 振 込 金 融 機 関					
金 融 機 関 名		銀 行 本 店 信用金庫 支 店 信用組合 出張所 農 協			
種別	普通・当座	口座番号		口座名義(カタナ)	

- ※ 申請（請求）者と同名義の口座を記入のこと