

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)
	高齢者肺炎球菌		1	4,130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)	

- ※ 申請（請求）者と同名義の口座を記入のこと