

羽曳野市区域外予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

羽 曳 野 市 長 様

申請者	住 所
(口座名義人と同じ)	氏 名 (続柄)
	電 話 ()

下記のとおり、予診票等を添えて、区域外予防接種費用助成金の交付を申請します。助成金額については、交付決定額をもって請求し、下記の金融機関口座への振り込みを依頼します。

記

振込み先 金融機関名	銀行・信金 信組・農協				本店 支店 出張所			
口座種別・番号	普通・当座							
口座名義人	フリガナ							
被接種者				生年 月 日	年 月 日			

(医療機関記入欄) 複数の予防接種がある場合は、予防接種の種類ごとに記入してください。

接種日	予防接種の種類	金額
年 月 日		円
年 月 日		円
年 月 日		円
年 月 日		円
年 月 日		円
医療機関名	所在地 医療機関名 医師 印	

申請者が被接種者と異なる場合は、記入してください。(親権者や後見人等法定代理人を除く)

委任状 私は、上記の申請者を代理人と認め、「羽曳野市区域外予防接種費用助成金」の申請兼請求を委任します。

被接種者 _____ 印

※申請者が提出者と異なる場合は、記入してください。書類に不備があった場合、問い合わせいたします。

提出者		続柄		連絡先	
-----	--	----	--	-----	--

※担当者記入欄(以下は記入しないでください)

受付日	月 日 (窓口 ・ 郵送)	受付担当者	
添付書類	☐ 種類・費用が確認できるもの ☐ 予診票	受付後 控え	月 日
	☐ 生保 ☐ その他()		(窓口 ・ 郵送)

交付決定日	令和 年 月 日	整理番号	検収者印
交付決定額	円		