

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

記入例

羽 曳 野 市 長 様

申請者と口座名義人は同一の方をお願いします。
書き損じた場合は訂正印を押印ください。

申請者
(口座名義人と同じ)

住 所

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
いは、交付決定額をもって請求し、下記の金融機関

記

ゆうちょ銀行の場合は振込み用の店名を記入。
例) 四〇八・四一八 など

振込み先 金融機関名	〇〇	銀行・信金 信組・農協	〇〇	本店 支店 出張所				
口座種別・番号	普通・当座	0	1	2	3	4	5	6
口座名義人	フリガナ	ハビキノ タロウ 羽曳野 太郎						
被接種者		生年 月 日						

口座番号は、左づめで7
桁で記入してください。

(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
		円
		円
		円
		円
医療機関	医師	印

医療機関記入欄は医療機関に記入してもらってください。

【注意】

- ・医療機関記入欄を書き損じた場合は医療機関の訂正印が必要です。
- ※記載に文書料が生じる場合は、予防接種の種類及び予防接種費用が確認できるもの(領収書等)の添付でも可
- ・不活化ワクチンを接種される場合、2回分をまとめて1枚に記入してください。ただし、請求

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

該当する場合は、記入し
てください。

※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	月 日
添付書類	☐ 種類・費用が確認できるもの ☐ 予診票 ☐ 生保 ☐ その他()	受付後 控え	(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		