

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
電 話	()
続 柄	

下記のとおり、予診票を添えて、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	

(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。

被接種者		生年 月 日	年 月 日
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	
年 月 日		円	
医療機関名	所在地 医療機関名 医師 印		

※以下は、記入しないでください。

受付日	(窓口 ・ 郵送)	受付担当者	
添付書類	☐ 領収書 ☐ 予診票 ☐ 生保 ☐ その他()		
受付後、申請書兼請求書のコピーを控えとして、申請者に渡す⇒ ☐ 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		