

# 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	印
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)

被接種者			
生年月日	年	月	日
接種日	令和	年	月 日
予防接種の種類 及び料金			円
			円
			円
			円
			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	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 予診票 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 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⇒ <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送(            )			

交付決定日	令和      年      月      日
交付決定額	円

整理番号	検収者印