

様式第4号（第7条関係）

浜田市再接種費助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

浜 田 市 長 様

認 定 者 住 所
氏 名
電話番号
被接種者との続柄 ()
※ 認定者本人が署名しない場合は記名押印してください

被接種者 住 所
氏 名
生年月日 年 月 日

定期予防接種再接種費助成金の交付を受けたいので、浜田市定期予防接種再接種費助成金交付要綱第7条の規定により申請します。

また、市長が浜田市定期予防接種再接種費助成金交付要綱第8条の規定により助成金の交付を決定したときは、下記のとおり助成金を請求し、その交付については指定する口座への振替を希望します。

記

助成対象 予防接種の 種類	回 数	0歳以上3歳未満		3歳以上6歳未満		6歳以上	
		本人支払額	償還払い対象額 (市記載)	本人支払額	償還払い対象額 (市記載)	本人支払額	償還払い対象額 (市記載)
		円	円	円	円	円	円
		円	円	円	円	円	円
		円	円	円	円	円	円
		円	円	円	円	円	円
		円	円	円	円	円	円
		円	円	円	円	円	円
		円	円	円	円	円	円
本人支払額 合計		円		請求額 (市記載)		円	

金融機関名 (支店名)		口座種別	普通 ・ 当座
		口座番号	
	フリガナ		

【添付書類】

- ・ 接種医療機関が発行する助成対象予防接種に係る領収書（原本）
- ・ 母子健康手帳又は助成対象予防接種に係る予防接種済証若しくは予診票の写し
- ・ 口座番号が確認できる通帳の写し等の書類