

定期予防接種費助成金請求書

年 月 日

豊後高田市長 様

申請者 住 所 豊後高田市

氏 名

電話番号

次のとおり定期予防接種費助成金を受けたいので、関係書類を添えて請求します。  
また、この請求に係る情報について、市が接種医療機関へ確認することに同意します。

1 請求金額 \_\_\_\_\_ 円

予防接種を受けた人	住 所	豊後高田市		
	フリガナ			
	氏 名			
	生年 月日	接種日当日 年 月 日 ( 歳 月)		
予防接種の種類	予防接種名	接種金額 (A)	助成額上限 (B)	助成額 (A)(B)少ない額
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
	合 計			円

2 振込先

金融機関		銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )		本店 支店 ( )	
種別	普通 当座	口座 番号		(フリガナ) 口座名義人	

【添付書類】 領収書、予診票又はその写し

年 月 日

上記予防接種費等助成金の受領に関する一切の権限を

.....に委任します。

委任者.....