様式第３号（第６条関係）

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		
	ﾌﾘｶﾞﾅ			
	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（原本）、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----------