

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 _____ 印

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			

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.....