

予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

佐伯市長 様

申請・請求者	住 所	〒		
	フリガナ	(電話番号)		
	氏 名	被接種者 との続柄	⑨	

市外医療機関等における定期予防接種に要した費用の助成を受けたいので、佐伯市予防接種実施要綱第10条第2項の規定により、次のとおり申請及び請求します。

被接種者	フリガナ	
	氏 名	
	生 年 月 日	
	住 所	

定期予防接種 の 種 類	接 種 日	接 種 費 用	※市記入欄			
			自 己 負 担 額	助 成 基 準 額	市の契約 単 価	交 付 決 定 額

※交付決定額は、接種費用から接種日の属する年度に本市が定めている自己負担額を差し引いた助成基準額と医師会等と契約している単価のいずれか低い方の金額になります。

振 込 先	金 融 機 関 名		支店名	支店
	口 座 番 号		種 別	普通・当座・()
	フリガナ			
	名 義 人			

※振込先口座の名義人が申請・請求者と異なる場合は、申請・請求者からの委任状が必要となります。

添付書類 定期予防接種を行った医療機関が発行する領収書の原本（定期予防接種の種類が分かるもの）