様式第５号（第９条関係）

 年　　月　　日

大村市予防接種再接種費用助成金交付申請書兼請求書

大村市長　様

　大村市予防接種再接種費用助成事業実施要綱第３条に該当するものと認定を受けた再接種について、同要綱第９条の規定により、次のとおり助成金の交付を申請します。

　なお、大村市が被接種者の世帯状況について調査することに同意します。

●申請者（接種を受けた人が未成年の場合はその保護者）

|  |  |
| --- | --- |
| 現住所 | 〒　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　※建物名・部屋番号まで電話（　　　－　　－　　　） |
|  |  ㊞　被接種者との続柄（　　　） |

●接種を受けた人及び請求額

|  |  |
| --- | --- |
| 接種日時点の住所 |  |
|  |  | 生年月日　　年　　月　　日 |
| 接種内容 | 接種日 | 自己負担金（Ａ） | 大村市委託料（Ｂ） | （Ａ）と（Ｂ）の低い方…（Ｃ） |
|  | 　　年　　月　　日 |  |  |  |
|  | 年　　月　　日 |  |  |  |
|  | 年　　月　　日 |  |  |  |
|  | 年　　月　　日 |  |  |  |
|  | 年　　月　　日 |  |  |  |
| 請求額（Ｃ欄の合計） | \ |

●振込先口座（申請者と異なる場合は委任状が必要です）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 支店名 | 預金種別 | 口座番号 |
|  |  | 普通・当座 |  |
| 口座名義人氏名（カナ） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

●添付書類

　・領収書の原本（種類別に予防接種費用が確認できるもの。返還しません）

・再接種記録確認書類（母子健康手帳、接種済証、予診票いずれかを市に提示の上、写しを提出）