

様式第2号（第6条関係）

予防接種費用の助成交付申請書兼請求書

年 月 日

志布志市長

様

申請（請求）者 住所

氏名 印

被接種者との続柄（ ）

連絡先

予防接種の助成について、志布志市予防接種費用の助成に関する要綱（令和4年志布志市告示第号）第5条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり請求します。

請求金額 \_\_\_\_\_ 円

太枠内を記入してください。

接種を受けた人 (被接種者)	住所	〒 志布志市			
	フリガナ 氏名		生年月日及び接種日 時点の満年齢	年 月 日 (満 歳)	
	接種医療機関名				
	(インフルエンザ) 対象者区分	1 65歳以上及び厚労省令で定める者	2 妊娠中の者		
		3 13歳以上18歳(高校3年生相当)以下	4 13歳未満の者		
	予防接種の種類	接種年月日	接種費用(ア)	助成上限額(イ)	(ア)と(イ)のいずれか低い額
		年 月 日	円	円	円
		年 月 日	円	円	円
		年 月 日	円	円	円
		年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円	
請求額				円	

受取口座記入欄（申請者名義の口座に限ります。）

振込先	本・支店名	種別	口座番号	口座名義人(フリガナ)
銀行・信用金庫 信用組合 農業協同組合 漁業協同組合 労働金庫	本店 支店 出張所	普通 当座		
被接種者が子ども医療費助成対象者で、子ども医療費の助成支給口座への振込みを希望される場合は、右に○を記入し、押印してください。				( ) 印

【申請に必要なもの】

- 1 予防接種費用の領収書（医療機関の領収印のないレシートは不可）
- 2 接種医療機関が発行した予防接種済証の写し又は母子健康手帳
- 3 印鑑及び振込先口座の通帳