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） |
| 銀行金庫農協 | 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ときは、右に〇を記入し、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