

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	本店	普通		
金庫	支店	当座		
農協	出張所			
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○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