

十和田市長 様

申請者 (子どもの場合は保護者)

住 所 〒

氏 名

(被接種者との続柄: )

電話番号

定期予防接種費助成申請書兼請求書

十和田市予防接種実施要綱第 11 条 (第 14 条) の規定に基づき、次のとおり定期予防接種費の助成を申請します。

助成申請額	円
-------	---

※別紙の助成申請額の合計を記入してください。

被接種者	氏 名			
	生年月日	年	月	日 生
振込先	金融機関	銀行・金庫・農協		
		本店・支店・出張所 本所・支所・代理店		
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人			

※ 1 次に掲げる書類を添付してください。

- ・ 接種した医療機関から発行された領収書 (定期予防接種とわかるもの) の写し
- ・ 定期の予防接種の記録が記載されているもの (母子健康手帳、予防接種済証等) の写し
- ・ 振込を希望する銀行口座が確認できる書類の写し
- ・ 申請者の本人確認ができる書類 (個人番号カード、運転免許証等) の写し

※ 2 申請者と振込先の口座名義人は同一の方でお願いいたします。

(様式第2号別紙)

接種区分 (いずれかに☑ をしてください)	<input type="checkbox"/> A類疾病 (子ども定期接種・HPVキャッチアップ接種)
	<input type="checkbox"/> B類疾病 (高齢者予防接種) ※

※高齢者予防接種で生活保護世帯・非課税世帯に該当する場合は証明書を添付すること。

予防接種の種類	接種年月日、助成申請額等		
	接種年月日	年	月 日
	医療機関名		
	接種費用	円	
	助成申請額	円	
	接種年月日	年	月 日
	医療機関名		
	接種費用	円	
	助成申請額	円	
	接種年月日	年	月 日
	医療機関名		
	接種費用	円	
	助成申請額	円	
	接種年月日	年	月 日
	医療機関名		
	接種費用	円	
	助成申請額	円	

※ 助成申請額欄には、医療機関に支払った接種費用と市の定める助成限度額のいずれか少ない額を記載してください