

予防接種助成金申請書兼請求書

〇年 〇月 〇日

蒲 郡 市 長 様

住所 **蒲郡市浜町4**

申請者氏名 **蒲郡 太郎**
(家族又は本人) **本人**
(電話番号: **67-1151**)

別紙予防接種の領収書のとおり、予防接種を委託外医療機関で接種しました。
この接種費用について、蒲郡市定期予防接種実施要綱に基づき、下記のとおり助成の申請及び請求をいたします。

接種者氏名	蒲郡 太郎	生年月日	S26 年 10 月 15 日
-------	--------------	------	------------------------

請求金額 **2,500 円**

< 予防接種の内訳 >

予防接種の種類	領収額又は上限額	接種日	請求額
インフルエンザ予防接種	3,500 円	R8. 10. 31	2,500 円 (課税世帯1名の上限額/4,511 円)
【課税世帯の方の請求額】 接種費用－1,000 円（自己負担金額）＝請求額 ※接種費用額が 5,511 円を超える場合は 5,511 円－1000 円の 4,511 円をお支払いします。			

添付書類

- (1) 領収書（予防接種の種類がわかるもの）
- (2) 予診票（ワクチンの種類及びロット番号のわかるもの）または母子手帳の写し

振 込 先	フリガナ	口座 種目	口座番号
	口座名義人		
蒲郡 信用金庫 信用組合 銀 行 本 店 農 協 漁 信	ガマゴオリタロウ	普通	1234567
	蒲郡 太郎		

※本人の口座を記入してください。
※申請者氏名と口座名義人が異なる場合、別に委任状が必要となります。