

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	S25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	R5. 10. 31	2,500円 (課税世帯1名の上限額/4,445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5,445円を超える場合は5,423円-1000円の4,445円をお支払いします。			

添付書類

- 領収書(予防接種の種類がわかるもの)
- 予診票または母子手帳の写し、接種済証

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。