**予防接種助成金申請書兼請求書**

　　年　　月　　日

蒲　郡　市　長　様

住所

保護者氏名

（電話番号：　　　　　　　　　　　）

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 |  | 生年月日 | 　　　　年　　　月　　日 |

**請求金額　　　　　　　　　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 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

添付書類

（１）領収書（予防接種の種類がわかるもの）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振　　込　　先 | フリガナ | 口座種目 | 口座番号 |
| 口座名義人 |
| 信用金庫信用組合銀　　行　　　　　　店農　　協漁　　信 |  |  |  |
|  |

（２）予診票または母子手帳の写し、接種済証

※ゆうちょ銀行以外の本人の口座を記入してください。