様式第３号(第６条関係)

予防接種費助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

(宛先)紀の川市長

【申請者(保護者)】

氏 名 ：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　被接種者との続柄 ：＿＿＿＿

住 所 ： 紀の川市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

次のとおり関係書類を添えて、予防接種費用の助成を申請します。

また、助成申請にあたり、担当職員がその認定調査のために市が保有する被接種者の個人情報を閲覧することに同意します。

被接種者氏名	ふりがな(　　)	性別	男 ・ 女
生年月日	年　月　日生　接種日現在(　歳　か月)		
滞在先住所	〒　　Tel:　　(　　)		
接種日	年　月　日		
接種医療機関	所在地 名 称　　医師名		
予防接種の種類			
支払った金額	円		
申請金額 金＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円			

注1)申請者は、子どもの予防接種の場合は保護者等、成人の予防接種の場合は、原則本人の氏名を記載してください。
注2)申請金額は、実費か和歌山県広域予防接種委託契約に基づく委託費のいずれか少ない金額になります。

【添付書類】

① 領収書(被接種者氏名、接種年月日、予防接種の種類、医療機関の住所・名称・押印の記載が必要)
② 予防接種の記録が記載されているもの（予診票の写し、母子健康手帳、予防接種済証等）
③ その他市長が必要とする書類

振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協　　本店・支店・出張所		
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	口座名義人(申請者)	フリガナ		