

様式第4号（第9条関係）

牧之原市特別の理由による任意予防接種費助成金交付申請書兼請求書

牧之原市長

申請者（保護者） 申請日： 年 月 日

住 所	
氏 名	⑩
電 話	

牧之原市特別の理由による任意予防接種費助成金交付要綱第9条の規定に基づき、次のとおり助成金の交付を申請します。

なお、必要があるときは下記事項について、牧之原市が再接種を実施した医療機関に確認を行うことに同意します。 ※太枠内記入

(フリガナ)	()	生年月日	年 月 日
接種者氏名			
住 所	〒		
実施医療機関名			
振 込 先	金融機関名	金融機関コード	銀行 金庫 農協
			支店コード
			本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号 (右づめ)
	口座名義人 (カタカナ)		

※口座名義人が申請者と異なる場合は、委任状が必要です。

予防接種名	接種費用① (支払った金額)	助成上限額② (牧之原市委託料)	助成額 (①と②で少ない額)	接種日
	円	円	円	年 月 日
	円	円	円	年 月 日
	円	円	円	年 月 日
	円	円	円	年 月 日
	円	円	円	年 月 日
	円	円	円	年 月 日
	円	円	円	年 月 日
	円	円	円	年 月 日
	円	円	円	年 月 日

助成金交付決定額	円	交付決定日	年 月 日
----------	---	-------	-------