

様式第3号（第5条関係）

牧之原市定期予防接種費用助成申請・請求書

年 月 日

牧之原市長

申請者 住 所  
氏 名  
(被接種者との続柄： )  
電 話 ( )

牧之原市定期予防接種費の助成を申請します。

被 接 種 者	ふりがな		生年月日	
	氏名		年	月 日
予 防 接 種 を 受 け た 医 療 機 関 等	名称			
	所在地			
	電話番号	( )		
定期予防接種の 種類	接種日	医療機関に支払 った額	※基準額	
助成金交付決定 額	円			

年 月 日 決定

助成金は、次の口座に振り込んでください。

口座振込先 金融機関名	( ) 銀行・金庫・農協・労金	本店・( )支店
口座種別	普通・当座	口座番号
ふりがな		
口座名義人		

(注)

- 1 ※は市役所記入欄ですので記入しないでください。
- 2 次に掲げる書類を添付してください。
  - ア 領収書（定期予防接種費用とわかるもの）
  - イ 定期の予防接種の記録が記載されているもの（母子健康手帳）の写し
  - ウ その他市長が必要と認めるもの（申請書に記入した通帳）
- 3 申請者と振込先の口座名義人は同一の方でお願いいたします。（申請者と振込先の口座名義人が異なる場合は、委任状が必要です。）