

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

石岡市長 宛

申請者 住 所
 (保護者) 氏 名 続柄 ()
 電話番号

石岡市任意予防接種費用助成申請書兼請求書

次のとおり、任意予防接種費用助成を申請します。

被接種者氏名	住 所	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日 (歳)

請求金額 ((C) の合計額) ※生活保護世帯の方は (A) の合計額	円
---	---

振込先	銀行 (コード)	支店 (コード)	当座・普通
	口座番号		
	フリガナ		
	口座名義		

任意予防接種に関する事項

ワクチンの種類	接種年月日	接種に要した費用 (A)	助成上限額 (B)	(A) と (B) のいずれか少ないほうの金額 (C)
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円

※交付決定額	
--------	--

必要書類 予防接種を実施した証（予防接種済証，医療機関の領収書の原本）
 振込口座の分かるもの（通帳又はカードの写し）