

定期予防接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

石岡市長 あて

申請者 住所
 (保護者) 氏名
 被接種者との続柄
 電話番号

次のとおり、定期予防接種費用の助成を申請します。

被接種者	住 所	石岡市		
	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日 (才 箇 月)		
請求金額		円		
振込先	銀行	支店	当座・普通	
	口座番号			
	フリガナ			
	口座名義			
*申請者と異なる場合は、委任状が必要				
予防接種に関する事項				
予防接種名 (回数)	接種年月日	医療機関名	接種金額	※交付決定額 (記入しないでください)

必要書類

- 1 母子健康手帳
- 2 領収書の原本 (予防接種名, 費用がわかるもの)
- 3 振込先の分かるもの (通帳又はカードの写し)