

# 記入例

接種後、6か月以内に健康増進室へ提出してください。

青文字のところをご記入ください。裏面もあります。

様式第3号(5条関係)

予防接種助成金交付申請書

平成27年6月15日

魚沼市長

申請者(保護者)

住所 魚沼市大沢213番地1

氏名 魚沼 翔 (押印願います)

(被接種者との続柄 父 )

電話番号 025-792-9763 (携帯可)

次のとおり定期の予防接種を受けましたので、助成金の交付を申請します。

なお、助成を受けるにあたり必要があるときは、魚沼市が住民基本台帳の閲覧や医療機関へ確認を行うことに同意します。

交付申請額		19,015 円 (裏面申請金額の合計を記入)	
被接種者	住所	魚沼市 大沢213番地1	
	フリガナ	ウオヌマ アユ	
	氏名	魚沼 鮎 (男・♀)	
	生年月日	平成27年2月15日生	
接種状況		※ 裏面のとおり	
振込先	金融機関名	□□□ 銀行・組合 魚沼 本店 農協・金庫 支店	
	預金種別	普通・当座	口座番号 111111
	フリガナ	ウオヌマ ショウ	
	口座名義人(申請者)	魚沼 翔	

裏面にも記載欄があります。

※以下の欄は記入しないでください。

次のとおり決定します。	室長	係長	担当	伺 . .
助成決定額	円			決裁 . .

(接種状況)

医療機関	所在地	群馬県〇〇市横町77番地
	名称	〇〇〇〇医院

予防接種名	接種年月日	接種費用 (支払った額)①	助成上限額 ※魚沼市で記入 ②	申請金額 (①か②の少 ない額)
ヒブ1回目	平成27年 4月20日	8,500円	8,215円	8,215円
小児肺炎球菌 1回目	平成27年 4月20日	10,800円	11,520円	10,800円
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			

※ 領収書を添付してください。

申請金額の合計 (それぞれの予防接種の①か②のどちらか 少ない金額の合計)  19,015 円
---