

公的（定期）予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

（宛先）茨木市長

次のとおり、委託医療機関以外の医療機関において自己の費用負担で受けた予防接種の費用の助成を関係書類を添えて申請し、及び請求します。

申請日		令和 年 月 日			
申請者 （保護者）	フリガナ	-----		電話番号	-
	氏名	⑩			-
	住所				
予防接種を受けた者	フリガナ	-----		生年月日	平成 年 月 日
	氏名				令和 年 月 日
	住所	茨木市 ※申請者と異なる場合のみ記入してください。			
予防接種を受けた場所	都 道 市 区 府 県 町 村				
予防接種の種類	補助上限額（A）	接種費用（B）	予防接種を受けた年月日		
-----	円	円	年	月	日
-----	円	円	年	月	日
-----	円	円	年	月	日
-----	円	円	年	月	日
-----	円	円	年	月	日
-----	円	円	年	月	日
-----	円	円	年	月	日
-----	円	円	年	月	日
-----	円	円	年	月	日
-----	円	円	年	月	日
申請額（それぞれ（A）と（B）のうち少ない額を合計した額） 合計金額の左側に¥マークを記入してください。			万	千	百

助成金の交付を決定したときは、次の口座へ振り込んでください。

（振込申請先者口座名義）	金融機関名	銀行 金庫 農協	店名	本店 支店 出張所
	預金種別	普通	当座	フリガナ
	口座番号	左 詰 め		口座名義

〔同意〕

審査のため、私及び予防接種を受けた者の住民基本台帳を茨木市長が閲覧することに同意します。

申請者

⑩

〔添付書類〕

- ・医療機関の発行する領収書等
- ・母子健康手帳又は予防接種済証等

処茨 理木 欄市	予防接種時住民登録確認		確認	受付
	予防接種時年齢・接種歴確認			
	依頼書発行済確認			
	必要書類			