

様式第1号

予防接種自己負担額補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

摂津市長 様

申請者 住所 _____

(請求者) 氏名 _____

電話番号 () _____

予防接種を受けた者との続柄 () _____

次のとおり予防接種自己負担額補助金の交付を申請します。なお、交付することと決定した場合は、交付決定された補助金を次の口座に振り込んでいただきますよう請求します。

申請者記入欄	予 防 接 種 を 受けた者の氏名																			
	予防接種を受け た者の生年月日	年 月 日																		
	予防接種の種類 (番号に○印)	<table border="0"> <tr> <td>1.四種混合</td> <td>7.麻しん・風しん</td> <td>13.H P V</td> </tr> <tr> <td>2.三種混合</td> <td>8.日本脳炎(1期)</td> <td>14.B型肝炎</td> </tr> <tr> <td>3.第2期ジフテリア</td> <td>9.日本脳炎(2期)</td> <td>15.ロタウイルス</td> </tr> <tr> <td>4.ポリオ</td> <td>10.B C G</td> <td>16.水痘</td> </tr> <tr> <td>5.麻しん</td> <td>11.ヒブ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6.風しん</td> <td>12.小児肺炎球菌</td> <td></td> </tr> </table>	1.四種混合	7.麻しん・風しん	13.H P V	2.三種混合	8.日本脳炎(1期)	14.B型肝炎	3.第2期ジフテリア	9.日本脳炎(2期)	15.ロタウイルス	4.ポリオ	10.B C G	16.水痘	5.麻しん	11.ヒブ		6.風しん	12.小児肺炎球菌	
	1.四種混合	7.麻しん・風しん	13.H P V																	
2.三種混合	8.日本脳炎(1期)	14.B型肝炎																		
3.第2期ジフテリア	9.日本脳炎(2期)	15.ロタウイルス																		
4.ポリオ	10.B C G	16.水痘																		
5.麻しん	11.ヒブ																			
6.風しん	12.小児肺炎球菌																			
申 請 額	円																			
振込口座	金 融 機 関 名	<table border="0"> <tr> <td>銀 行</td> <td>本 店</td> </tr> <tr> <td>信用金庫</td> <td>支 店</td> </tr> <tr> <td>信用組合</td> <td>出張所</td> </tr> <tr> <td>協同組合</td> <td></td> </tr> </table>	銀 行	本 店	信用金庫	支 店	信用組合	出張所	協同組合											
	銀 行	本 店																		
	信用金庫	支 店																		
	信用組合	出張所																		
	協同組合																			
預 金 の 種 類	普通 ・ 当座 ・ その他 ()																			
口 座 番 号	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																			
フリガナ																				
口 座 名 義 人																				

添付書類

- (1) 支払った予防接種の費用の額を証明する書類 (領収書)
- (2) 予防接種済証又はこれに代わる証明すべき事項を記載した母子健康手帳の写し等