

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)	1.五種混合 2.四種混合 3.三種混合 4.第2期ジフテリア 5.ポリオ 6.麻しん	7.風しん 8.麻しん・風しん 9.日本脳炎(1期) 10.日本脳炎(2期) 11.BCG 12.ヒブ	13.小児肺炎球菌 14.HPV 15.B型肝炎 16.ロタウイルス 17.水痘				
	申 請 額	円						
振込口座	金 融 機 関 名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 本店 支店 出張所						
	預 金 の 種 類	普通 ・ 当座 ・ その他 ()						
	口 座 番 号							
	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