

記入例

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

令和〇〇年〇〇月〇〇日

摂津市長 様

保護者の名前

申請者
(請求者)

住所 **摂津市三島1-1-1**

氏名 **摄津 花子**

電話番号 (06) 6383-1111

予防接種を受けた者との続柄（ **母** ）

接種をした人の名前

次のとおり予防接種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	摂津 太郎						
	予防接種を受けた者の生年月日	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日						
	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	請求する予防接種全てに○を						
振替	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合						
	請求者)名義の口座をください。	本店 支店 出張所						
口座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	フリガナ	セツ ハナコ						
	口座名義人	摂津 花子						

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