

予防接種費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

光市長 様

申請者（被接種者又は保護者）

住 所 光市光井二丁目2-1

氏 名 光 花子

電話番号 (***)-****-****

連絡が付きやすい電話番号
を記入

光市予防接種費補助金交付要綱第6条の規定により、下記のとおり申請します。

記

1 被接種者

ふりがな 氏 名	ひかり たろう 光 太郎	生年月日	和暦〇年 〇月 〇日
住 所	光市光井〇丁目〇番〇号		

2 予防接種の明細（太枠内を記入してください。）

予防接種名	接種日	支払額 (a)	※光市記入欄			
			被接種者 負担額 (b)	基準額 (c)=(a)-(b)	限度額 (d)	決定額 (c)と(d)の いずれか低い額
五種混合1回目	R〇.〇.〇	10,000円	円	円	円	円
麻しん・風しん1期	R〇.〇.〇	9,500円	円	円	円	円
日本脳炎1回目	R〇.〇.〇	8,600円	円	円	円	円
日本脳炎2回目	R〇.〇.〇	8,600円	円	円	円	円
			円	円	円	円
					合 計	円

同じ種類の場合でも回数ごとに記載
してください

接種医療機関	〇〇病院、〇〇クリニック
--------	--------------

3 振込先

	口座名義人	金融機関名	預金種目
ふりがな	ひかり はなこ	〇〇銀行 本店	当座 普通
氏 名	光 花子	金庫 〇〇支店	口座番号
		協同組合 支所	123****

4 添付書類

(1) 当該予防接種の領収書の原本

※領収書に予防接種の種類と費用の内訳が記載されていない場合は、これらが記載された書類（診療明細書等）を添付してください。

(2) 接種済みの予診票の原本

(3) その他（必要に応じ市長が指定するもの）

※光市記入欄

受付年月日	年	月	日	交付金額	円
-------	---	---	---	------	---