

宗像市予防接種費用助成金交付申請書兼請求書(県外接種分等)

年 月 日

宗像市長あて

予防接種費用助成金について、下記のとおり申請、請求します。

申請者 (被接種者)	住 所	〒811ー 宗像市
	氏 名	◎
	生年月日	昭・平 年 月 日
	電話番号	

予防接種の種類	接種年度における 予防接種費用助成金の上限額 (ア)	接種時自己負担額 〔領収書で確認〕 (イ)	件数	予防接種費用助成(請求)額 〔(ア)と(イ)の少ない方の額〕
成人女性等 風しん・MR	円	円	1件	円

振込先口座

金融機関名	銀行 支店 農協 支所 金庫 出張所		
預金種別	1 普通 2 当座	口座番号	
ふりがな			
口座名義			

【記入上の注意】

- ・太枠内をご記入ください。
- ・振込先口座は申請者名義の口座をご記入ください。

宗像市 教育子ども部 子ども家庭課

〒811-3492 宗像市東郷1-1-1 電話(0940)36-1365