

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(請求)者	住 所	〒811- 宗像市		
	氏 名	保 護 者	Ⓜ	
		被接種者(お子さん)		
	生年月日(保護者)	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 (1件あたりの上限額) (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×件数]
B型肝炎	円	円	件	円
ヒブ(Hib)	円	円	件	円
小児用肺炎球菌	円	円	件	円
BCG	円	円	件	円
四種混合	円	円	件	円
不活化ポリオ	円	円	件	円
麻しん風しん混合 (MR)	円	円	件	円
日本脳炎	円	円	件	円
二種混合	円	円	件	円
水痘	円	円	件	円
子宮頸がん	円	円	件	円
三種混合	円	円	件	円
おたふくかぜ	円	円	件	円
計			件	円

振込先口座

金融機関名	銀行 農協 金庫			支店 支所 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。