

宗像市予防接種費用助成金交付申請書兼請求書(委託外接種分等)

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。

・太枠内をご記入ください。

申請(請求)者	住 所	〒811- 宗像市		
	氏 名			
	生年月日	昭・平	年	月 日
	電話番号			
	接種者との続柄	<input type="checkbox"/> 接種者本人 <input type="checkbox"/> 本人以外()		
被接種者 ※申請者と被接種者が異なる場合は記入		(平 年 月 日生)		

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)	自己負担額 [1件あたりの単価] (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]
日本脳炎		円	件	円
子宮頸がん (サーバリックス 及び ガーダシル)		円	件	円
子宮頸がん (シルガード)		円	件	円
		計	件	円

振込先口座 (振込先口座は申請者名義の口座をご記入ください。)

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			