様式第３号（第９条関係）

年　　月　　日

　大田原市長　　様

　　　　請求者（保護者）

住　　所

　　氏　　名

　　電話番号

大田原市特別の事由による任意予防接種費助成金交付請求書

大田原市特別の事由による任意予防接種費助成金交付要綱第９条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり請求します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | 住所 | □請求者  と同じ | | | |  | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | 生年  月日 | | 年　 月 　日 | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | |
| 予防接種名 | 接種日 | | | | | | 接種費用の  実費の額  (Ａ) | | | | ※二重線内は記入しない。 | | | |
| 上　限　額  (Ｂ) | | | 請　求　額  Ａ又はＢのいずれか少ない額 |
|  | 年　月　日 | | | | | | 円 | | | | 円 | | | 円 |
|  | 年　月　日 | | | | | | 円 | | | | 円 | | | 円 |
|  | 年　月　日 | | | | | | 円 | | | | 円 | | | 円 |
| 請求額合計 | | | | | | | | | | | 円 | | | |
| 接種した  医療機関 | 所在地 | | |  | | | | | | | | | | |
| 名　称 | | |  | | | | | | | | | | |
| 振込先 | 金融機関名 |  | | | | | | | | | 支店等名 | |  | | |
| 口座番号 （普通口座） |  |  |  |  | |  | |  |  | （フリガナ）  口座名義 | |  | | |

【添付書類】

１　領収書等（接種した予防接種の種類及び金額が記載されたもの）の原本

２　接種記録が確認できる書類（母子健康手帳又は予防接種済証）の写し

３　予診票