

様式第3号（第6条関係）

年 月 日

下田市定期予防接種費用助成申請書

下田市長 様

指定医療機関以外の医療機関において定期予防接種を受けたので、下田市定期予防接種費用助成要綱第6条の規定により、下記のとおり定期予防接種に要した費用の助成を申請します。

記

申請者	住 所	下田市									
	フリガナ						連 絡 先				
	氏 名	印									
予 防 接 種 名											
接種医療機関名					接 種 日		年 月 日				
接 種 費 用 額		円			助 成 申 請 額		円				
被接種者	フリガナ						生 年 月 日				
	氏 名	(男 ・ 女)					年 月 日生 (歳 か月)				
振込先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所									
	預金種別	普通 当座	口座番号								
	フリガナ										
	口座名義人										

※ 添付書類

- ① 予防接種予診票又は接種済みであることを証する書類
- ② 領収書又は予防接種費用を支払ったことを証する書類