

任意接種費用助成金償還払申請書兼請求書

坂出市長 様

年 月 日

助成金の償還払いを受けたいので、次のとおり、関係書類を添えて申請及び請求します。
なお、本申請の審査に必要な範囲で、住民基本台帳等の確認を行うことに同意します。

申請者氏名	〒	被接種者との続柄	
申請者住所	電話番号 ()		
被接種者	氏名		
	生年月日	年 月 日 (歳 か月)	
接種日	年 月 日		
接種医療機関			
予防接種の種類			
医療機関に支払った金額	円	助成金請求額	円

振込口座（※申請者名義の口座に限る）

金融機関名	銀行・信金・農協	コード
支店名	支店・本店	コード
口座の種類	普通 ・ 当座	
口座番号		
フリガナ		
口座名義		

【添付書類】

- 予診票（原本または写し）
- 領収書原本（接種日、接種医療機関、予防接種の種類がわかるもの）※レシート不可
- 債権者登録（変更）申請書 ※登録がないかたのみ