

書き方見本

様式第3号（第7条関係）

美濃加茂市予防接種費用助成金交付申請書

R6年 6月 10日

美濃加茂市長 藤井 浩人 宛

申請者 住所 美濃加茂市 健康のまち一丁目2番地

氏名 美濃加茂 太郎

電話 090-1234-5678

被接種者との続柄 本人

美濃加茂市予防接種費用助成事業実施要綱第7条の規定により、助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

接種金額と合計金額は未記載で。（領収書と自己負担金額確認後、健康課で記入します。

被接種者	住所	〒 505-0010 岐阜県美濃加茂市 健康のまち一丁目2番地		
	氏名	美濃加茂 太郎		
	生年月日	昭和33年 4月 1日	連絡先	090-1234-5678
予防接種名（回数）	接種医療機関	接種日	接種金額	
季節性インフルエンザ	いぬやまクリニック	令和6年11月1日		
新型コロナウイルス感染症	いぬやまクリニック	令和6年12月1日		
		年 月 日	円	

※書ききれない場合は、任意様式に必要事項を記載し、添付してください。

合計

振込先口座	金融機関名	銀行 めぐみの 信用金庫 太田 本店 農協 支店 支所							
	金融機関コード	6	2	4	2	支店番号	0	1	0
	預金種別	普通	当座	口座番号	1234567				
	フリガナ	ミノカモ ハナコ							
口座名義人	美濃加茂 花子								

被接種者か、接種者の保護者の口座で

※振込先口座は被接種者本人又はその保護者の口座に限ります。

必ず口にシ印をつける

【誓約・同意事項】※同意する項目に☑を入れてください。

この申請に係る住民基本台帳及び医療機関等における情報について、市長が必要と認めるときは調査を行うことに同意します。	<input checked="" type="checkbox"/>
この申請書を、美濃加茂市において支給決定をした後は接種費用の請求書として取扱うことに同意します。	<input checked="" type="checkbox"/>
申請内容に偽りがあった場合や相違があり交付要件に該当しなかった場合には、交付済みの費用を返還することに同意します。	<input checked="" type="checkbox"/>

【提出書類】※必要書類が不足している等の場合に、追加の書類を求めることがあります。

 振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー（口座番号等確認用） 接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び診療情報明細書、支払証明書等） 接種記録が確認できる書類（予診票の本人控え、接種済証等）の写し