

様式第 2 号（第 8 条関係）

美濃加茂市予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

美濃加茂市長 藤井 浩人 宛

申請者 住所
氏名
電話
被接種者との続柄

美濃加茂市予防接種費用助成事業実施要綱第 8 条第 1 項の規定により、助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

被接種者	住 所	〒 岐阜県美濃加茂市				
	氏 名					
	生年月日	年 月 日				
予防接種名（回数）		接種医療機関の名称 ※所属医療機関なしの 場合は医師の氏名	接種日	自己負担額	＊市記載欄	
			年 月 日	円	基本単価	助成金額
			年 月 日	円	円	円
			年 月 日	円	円	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。

助成金の合計額

円

振 込 先 口 座	金 融 機 関 名	銀行 信用金庫 農協							本店 支店 支所		
		金融機関コード					支店番号				
	預 金 種 別	普通 ・ 当座	口 座 番 号								
	フ リ ガ ナ										
	口 座 名 義 人										

※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。

【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。	☐
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。	☐
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。	☐

【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口座確認書類（通帳、キャッシュカード等）の写し
- ☐ 接種費用の支払いを証明する書類（領収書、診療情報明細書、支払証明書等）。なおワクチン接種のみに要した費用に係るワクチン種別並びに回数別の明確な記載があるものとする。
- ☐ 予診票の写し
- ☐ 代理人が申請する場合は代理人の有効期限内の顔写真つき公的身分証明書（マイナンバーカード、運転免許証等）の写し