

様式第3号（第6条関係）

年 月 日

三次市予防接種費用助成申請書兼請求書

三 次 市 長 様

三次市予防接種費用助成事業に係る接種費用の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。なお、助成金の支給の適正を判断するために、私の住民基本台帳の確認及びワクチン接種の実施について、関係課及びワクチン接種医療機関等に照会することに同意します。

ふりがな				住所	三次市		
申請者氏名 (口座名義人)	被接種者との続柄 () (印)				電話番号		
ふりがな				住所	・申請者に同じ		
被接種者氏名	(生年月日 年 月 日)						
予防接種日	裏面のとおり		医療機関等	所在地			
助成申請額	円			名称			
振 込 先	金融機関名	銀行・金庫・組合・農協 店・所					
	預金種別	普通・当座	(ふりがな) 口座名義人		()		
	口座番号						(左詰記入)

委任状 (*この欄は、申請者本人以外の口座への振込を希望される場合のみ記入・押印してください。)

私は、三次市予防接種費用助成の受領について、次の者に委任します。

年 月 日

委任者（助成申請者） 住所 三次市 氏名 (印)

受任者 住所 氏名

※ 添付書類 (1)予防接種券 (2)領収書（接種に要した費用・種類が証明できるもの）(3)予診票 (4)母子健康手帳または予防接種済証（接種を受けたことを確認できるもの）(5)その他市長が必要と認める書類

(裏面に続く)

予防接種内容

予防接種の種類	接種日	予防接種費用	市の契約単価	※請求金額
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
合計金額				円

※請求金額は、支払った予防接種費用と市の契約単価のいずれか低い金額を記載し、合計金額は請求金額の合計を記載してください。