

高知市予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

（宛先） 高 知 市 長

下記のとおり、定期予防接種に係る接種費用の助成を申請します。

なお、審査に際し、被接種者（接種を受ける者）及び保護者等の住民基本台帳を閲覧することを承諾します。

記

申請者 (保護者)	(ふりがな) 氏 名	()	被接種者との 続柄	
			電話番号	() -
	住 所	〒 -		
被接種者 (接種を受ける者)	(ふりがな) 氏 名	()	生年月日	年 月 日
	住 所	〒 - 高知県高知市		
接種医療機関	名 称			
	所在地	〒 - TEL () -		

金額		金					円	右詰記入（C欄の合計）
内 訳	接種したワクチンの種類	接 種 日	A 接種にかかった費用 (領収書の金額)		B 助成上限額 (別紙を参照)		C 請求金額 (A)又は(B)のいずれか少ない方	
		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	

※ 枠が不足する場合は、申請書を追加してください。

振込先口座 (申請者名義)	金融機関名			銀行 金庫 農協	支 店 出張所名	店番号【 】	本 店 支 店 出張所
	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)

- 《添付書類》 ① 領収書（接種日、接種費用及び医療機関名を確認できるもの）
 ② 接種時の予診票 ~~(コピー可)~~
- 《持参するもの》 ① ワクチンの接種日、種類等の記録が確認できる母子健康手帳等
 ② 申請者名義の振込口座の確認ができる通帳等

受付日	年 月 日
受付番号 ()	()