様式第３号（第６条関係）

上田市県外定期予防接種費用補助金交付申請書兼請求書

　　年　　月　　日

（申請先）上田市長

申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

対象者との続柄（　　　　　）

　上田市県外定期予防接種費用の補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

１　被接種者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒  上田市 | | |

２　接種内容

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 予防接種種類 | 回数 | 接種年月日 | 接種費用  ① | | 補助上限額  ② | 申請金額  ①と②の  低い金額 |
|  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |
| 申請金額合計 | | | | 円 | | |

３　振込先口座

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 銀行　組合  金庫　農協 | | | | | | | | 本店　支店  支所　出張所 | |
| 預金種別 | 普通　・　当座 | | | | | | | フリガナ |  |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  | 口座名義人 |  |

必要書類

　１　接種医療機関領収書原本

２　予防接種の記録が記載されているもの（母子手帳、予防接種済証等）

３　接種した予診票の原本又は写し

**≪　記 入 例　≫**

様式第３号（第６条関係）

上田市県外定期予防接種費用補助金交付申請書兼請求書

　　年　　月　　日

（申請先）上田市長

原則、申請者は保護者。

※被接種者が16歳以上の場合は、被接種者本人の名前でも申請できます。

申請者　住　所 上田市中央6-5-39

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　健康　太郎

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　　28-7124

対象者との続柄（　父　）

　上田市県外定期予防接種費用の補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

１　被接種者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | ケンコウ　ハナコ | 生年月日 | 令和　２　年　１　月　　１日 |
| 氏　名 | 健康　　花子 |
| 住　所 | 〒386-0012  上田市　中央6-5-39 | | |

２　接種内容

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 予防接種種類 | 回数 | 接種年月日 | 接種費用  ① | | 補助上限額  ② | 申請金額  ①と②の  記入しなくてよい  低い金額 |
| ロタ | 2 | 4/1・5/1 | 10000×2 | |  |  |
| ヒブ | 2 | 4/1・5/1 | ５５００×２ | |  |  |
| B型肝炎 | 2 | 4/1・5/1 | 5300×2 | |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |
| 申請金額合計  申請者名義の口座を記入 | | | | 円 | | |

３　振込先口座

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 銀行　組合  △　〇  金庫　農協 | | | | | | | | 本店　支店  上田  支所　出張所 | |
| 預金種別 | 普通　・　当座 | | | | | | | フリガナ | ケンコウ　タロウ |
| 口座番号 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 口座名義人 | 健康　　太郎 |

必要書類

　１　接種医療機関領収書原本

２　予防接種の記録が記載されているもの（母子手帳、予防接種済証等）

３　接種した予診票の原本又は写し