

様式第3号(第6条関係)

予防接種助成金交付申請書

年 月 日

魚沼市長

申請者

住 所

氏 名

印

(被接種者との続柄)

電話番号 - -

次のとおり定期の予防接種を受けましたので、助成金の交付を申請します。

なお、助成を受けるにあたり必要があるときは、魚沼市が住民基本台帳の閲覧や医療機関へ確認を行うことに同意します。

交付申請額		円 (裏面申請金額の合計を記入)		
被接種者	住 所	魚沼市		
	フリガナ			
	氏 名	(男・女)		
	生 年 月 日	年 月 日 生		
接種状況		※ 裏面のとおりに		
振込先	金融機関名	銀行・組合 農協・金庫		本店 支店
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人 (申請者)			

裏面にも記載欄があります。

※以下の欄は記入しないでください。

次のとおり決定します。	課長	係長	担当	伺 . .
助成決定額	円			決裁 . .

(接種状況)

医療機関	所在地	
	名称	

予防接種名	接種年月日	接種費用 (支払った額) ①	助成上限額 ② ※魚沼市で記入	申請金額 (①か②の少ない額) ※魚沼市で記入
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			

※

申請金額の合計 (それぞれの予防接種の①か②のどちらか 少ない金額の合計) ※魚沼市で記入 円
--