

様式第5号(第9条関係)

令和 年 月 日

特別の理由による任意予防接種費用助成金交付申請書

魚沼市長 様

申請者
住 所 魚沼市

氏 名 ㊞
(被接種者との続柄)
連絡先 - -

私は、魚沼市特別の理由による任意予防接種費用助成交付要綱第9条の規定に基づき、次のとおり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。

※太枠内を記入してください。

接種対象者	住 所	魚沼市		
	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	平成・令和 年 月 日		
申請内容		※ 裏面のとおり		
振込先	金融機関名	銀行・組合 本店 農協・金庫 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)			

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 . .

申請内容

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 (魚沼市が記入)	助成額 (①か②の少ない額) (魚沼市が記入)
	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
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
合計		円	助成額合計 (魚沼市が記入)	円

添付書類

- (1) 助成対象予防接種の接種医療機関名、種類及び接種日が記載された領収書
- (2) 予防接種予診票(接種時に使用し、接種医及び保護者の署名等必要事項が記載されているもの)又は当該履歴が確認できるものの写し