

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	
		自書でない場合は要押印	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	千	百	十	元	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（	）