

予防接種の再接種費用助成金交付申請書

鯖江市長 殿

申請者（保護者）住 所 鯖江市

氏 名 続柄（ ）

連絡先

私は、鯖江市医療行為により免疫を失った場合の予防接種の再接種費用助成金交付要綱第9条の規定に基づき、次のとおり助成金の支給を申請します。

なお、鯖江市が再接種を実施した医療機関に必要な事項について確認を行うことに同意します。

再接種対象者	住 所				
	氏 名				
	生年月日	年	月	日	
予防接種名	接種年月日	接種費用① (支払った金額)	鯖江市記入欄		
			助成上限額②	申請金額 (①と②で少ない額)	
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	
			申請合計金額	円	
振込先金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合		本店・支店 支店・出張所	種 別	普通 当座
フリガナ 口座名義人			口座番号		
委任欄	本申請に基づく助成金の受領を上記口座名義人に委任します。				
※申請者と口座名義人が異なる場合は、署名してください。	年	月	日	申請者氏名	

添付書類

- (1) 予防接種実施医療機関の領収書等（接種対象者の氏名、接種日、ワクチン名、料金、医療機関名が記載されたもの）
- (2) 当該接種履歴が確認できるものの写し
- (3) 振込金融機関通帳の金融機関名、支店、口座番号、口座名義人氏名が記載されているページの写し