

乳幼児等 定期接種用

予防接種費用助成申請書及び請求書

お子さんの氏名等を記入してください。

予防接種対象者等			
住 所	〒028-0000	申請年月日	記載しない
	久慈市〇〇町△-△△-△	有効期限	令和8年3月31日
		生年月日	令和〇年〇月〇日
フリガナ	ホケン スイシン	性 別	男
氏 名	保健 推進	医療機関に支払った額をご記入ください。	
予防接種の			
種 類	接種年月日	接種に要した費用	申請及び請求額
小児用肺炎球菌	令和〇年〇月〇日	円	円
Hib	令和〇年〇月〇日	円	円
B型肝炎	令和〇年〇月〇日	円	円
		計	円
振込先金融機関口座番号			
金融機関名	支店名	預金種別	口座番号
〇〇銀行	〇〇支店	普通・当座	〇〇〇〇〇〇
口座名義人(カタカナ)	保健 元気(ホケン ゲンキ)		
委 任 欄	下記申請者を代理人と認め、予防接種費用の助成申請及び受領に係る権限の一切を委任します。		
	年 月 日	記載不要です。	
	委任者(保護者)氏名		

右下の申請者(保護者)の名義の口座情報をご記入ください。

上記のとおり、予防接種費用助成による助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請及び請求します。

なお、請求金額が、規則第5条の規定により市長が決定した助成の金額と異なるときは、当該予防接種の助成の請求に関わる部分を取り下げ、新たに予防接種の助成を請求するものとします。

また、助成要件確認のため、久慈市が保有する個人情報について閲覧又は調査することを承諾します。

(宛先) 久慈市長

振込先口座名義人の氏名等をご記入ください。
電話番号は日中連絡がつく番号をお願いいたします。

住 所 久慈市△△町〇-〇〇-〇

氏 名 保健 元気

電話番号 090-0000-△△△△

RSウイルス 定期接種用

予防接種費用助成申請書及び請求書

予防接種した方の氏名等を記入してください。

予防接種対象者等				
住 所	〒028-0000 久慈市〇〇町△-△△-△		申請年月日	記載しない
			有効期限	令和 年 3月 31日
			生年月日	〇〇〇〇年 〇月 〇日
フリガナ	ホケン スイシン		性 別	女
氏 名	保健 推進			
医療機関に支払った額をご記入ください。				
種 類	接種年月日	接種に要した費	申請及び請求額	
RSウイルス	令和〇年〇月〇日	円	記載しない 円	
		円	円	
		円	円	
		計	円	

右下の申請者(対象者)の名義の口座情報をご記入ください。

振込先金融機関口座番号			
金融機関名	支店名	預金種別	口座番号
〇〇銀行	〇〇支店	普通・当座	〇〇〇〇〇〇
口座名義人(カタカナ)	保健 推進(ホケン スイシン)		
委 任 欄	下記申請者を代理人と認め、予防接種費用の助成申請及び受領に係る権限の一切を委任します。		
	年 月 日	委任者(保護者)氏名	

接種者本人の口座に振り込みの場合は記載不要です。 ※本人以外の口座の場合は、記入が必要です。

上記のとおり、予防接種費用助成による助成金の交付を受けた請求します。

なお、請求金額が、規則第5条の規定により市長が決定した助成の金額と異なるときは、当該予防接種の助成の請求に関わる部分を取り下げ、新たに予防接種の助成を請求するものとします。

また、助成要件確認のため、久慈市が保有する個人情報について閲覧又は調査することを承諾します。

(宛先) 久慈市長

振込先口座名義人の氏名等をご記入ください。電話番号は日中連絡がつく番号をお願いいたします。

住 所 久慈市〇〇町△-△△-△

氏 名 保健 推進

電話番号 090-〇〇〇〇-△△△△