

小平市任意予防接種費用助成金交付申請書

小平市長 殿

申請者 住 所 _____

原則として、同じ氏名、住所となります。

氏 名 _____ (※)

※本人が自署しない場合は、記名押印してください。

小平市任意予防接種費用助成金の交付を受けたいので、小平市任意予防接種費用助成金交付要綱第9条第2号の規定により、次のとおり申請します。

なお、市長が、住民基本台帳等の調査を公簿等により行うこと及びこの申請の内容について医療機関等へ照会することについて同意します。

和暦（大正・昭和）で記入してください。

フリガナ		生年月日	年 月 日
被接種者氏名	*「同上」で可		
住所・電話番号	〒 _____ 小平市 _____ 電話番号 (_____)		
接種ワクチンの種類	高齢者肺炎球菌ワクチン		
接種年月日	年 月 日	交付申請額	円
接種医療機関名	(所在地: _____)		
添付書類	接種に要した費用及び接種を証明する書類を添付してください。 <input type="checkbox"/> 接種した医療機関等が発行した領収書の原本 <input type="checkbox"/> 接種時に使用した予診票（本人控）の写し		

電話番号は必ず記入してください。

記入不要です。
(市で記入します。)
*【参考】助成額は以下のとおりです。
・6,501円(税込)

〇〇県〇〇市(〇〇区)まで記入してください。

領収書は接種を受けた人の氏名、日付、金額、医療機関名・接種ワクチン等の内容が記載されている原本が必要です。

修正液、砂消し、消えるボールペンは使用しないでください。
*間違った箇所は、二重線で消し、正しくご記載いただき、請求者名と同じ署名をお願いします。