

様式第1号

吹田市予防接種に係る自己負担額助成金交付申請書兼口座振込依頼書

令和 年 月 日

吹田市長宛

申請者 住所 \_\_\_\_\_

(保護者) 氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

電話 ( ) \_\_\_\_\_

予防接種を受ける者との続柄 \_\_\_\_\_

次のとおり予防接種に係る自己負担額助成金の交付を申請します。

また、助成金は、次の口座に振り込んで下さい。

捨印

被接種者氏名		
被接種者生年月日	平成・令和 年 月 日	
申請理由	1. かかりつけ医療機関が市外にあるため 2. 保護者の里帰り中のため 3. その他 ( )	
接種医療機関		
振込口座 (申請者名義)	振込先	銀行・農協・信用金庫・信用組合
	銀行	本店・支店・出張所
	預金種別	普通・当座
	口座番号	
	口座名義	フリガナ
		氏名

交付申請額	円
-------	---

※交付申請額については捨印による訂正ができないため、誤った額を記入された場合、再度書類を書き直したうえで申請が必要となります。(申請書の記入にあたっては、記入例を御参照ください。)

【添付書類】

- ・予防接種に係る領収書又はその写し

(領収書が当該予防接種のものであると確認できない場合は、別途領収金額の内訳がわかる明細書等が必要となります)

- ・予防接種を接種したことが確認できる母子健康手帳のページの写し

担当者記入欄 (キャッチアップ用)

申請者:

被接種者: