

国東市定期予防接種費用助成金交付申請及び請求書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

国東市長 様

申請する保護者(または本人)の【住所】【氏名】を記入し、捺印してください
※申請者氏名の署名があれば捺印は省略可能です

申請者住所: 国東市国東町田深297-12

申請者氏名: 国東 太郎



国東市定期予防接種費用助成要綱に基づき、下記のとおり申請及び請求します。

請求金額 〇〇〇〇 円

(内訳)

Table with 4 columns: 予防接種種類, 接種費用, 助成限度額, 請求金額. Includes rows for 日本脳炎, 四種混合, B型肝炎, and a total row. Includes callout boxes explaining how to fill in costs and limits.

※請求金額は、接種に要した費用と助成限度額のどちらか少ない方を記入してください。

※助成上限額は別表1をご確認ください。

被接種者

Table for recipient information with fields: ふりがな, 氏名, 住所, 生年月日, 電話番号. Includes callout box for contact information.

振込先口座

Table for bank transfer information with fields: 金融機関名, 貯金種別, ふりがな, 口座名義人. Includes callout box for bank details.

※接種した医療機関の領収書原本、振込先口座の印鑑を添付してください。

※申請及び請求期限は予防接種を受けた日から、1年以内におこなってください。