

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)

| 予防接種種類 | 接種費用 | 助成限度額 | 請求金額 |
|----------|-------|-------|-------|
| (例) 日本脳炎 | 〇〇〇〇円 | △△△△円 | △△△△円 |
| (例) 四種混合 | 〇〇〇〇円 | △△△△円 | △△△△円 |
| (例) B型肝炎 | 〇〇〇〇円 | △△△△円 | △△△△円 |
| 合計 | 〇〇〇〇円 | △△△△円 | △△△△円 |

助成金を請求する定期予防接種名と接種費用を記入してください

別表1を参考に助成限度額を記入してください

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

※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■

| | |
|------|------------------------|
| ふりがな | <u>くにさき はなこ</u> |
| 氏名 | <u>国東 花子</u> |
| 住所 | 国東市 <u>国東町田深297-12</u> |
| 生年月日 | <u>令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日</u> |
| 電話番号 | <u>0978-73-2450</u> |

予防接種をしたお子様の【氏名】【住所】【生年月日】と保護者(または接種者本人)の連絡先を記入してください。

■振込先口座■

| | | | |
|-------|-----------------|-----|-------------|
| 金融機関名 | <u>〇〇銀行</u> | 支店名 | <u>〇〇支店</u> |
| 貯金種別 | <u>(例)普通</u> | | |
| ふりがな | <u>くにさき たろう</u> | | |
| 口座名義人 | <u>国東 太郎</u> | | |

保護者(または接種者本人)の助成金振込先口座情報を記載してください。国東市に口座登録がない場合は、別途『口座振込依頼書』の提出が必要です。

※接種した医療機関の領収書原本、振込先口座印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。