

様式第5号（第9条関係）

特別の理由による任意予防接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

瀬戸内市長 様

申請者（請求者） 住 所 瀬戸内市  
 氏 名 \_\_\_\_\_（続柄 \_\_\_\_\_）  
 電 話 \_\_\_\_\_

被接種者	ふりがな 氏 名	男 ・ 女		
	生年月日	年	月	日（満 歳）
	住 所	瀬戸内市 電話（ _____ ） - _____		
	保護者名	_____（申請者が接種者本人の場合、記入不要）		
接種医療機関	医療機関名 住所			

※太線枠内には記入しないでください。

接種日	ワクチンの種類	期/回	償還払限度額 A	接種料金 B	申請(請求)額 (AとBのうち低い額)
合 計 金 額					

※請求額は、償還払限度額（予防接種委託契約額）Aが上限となります。

振込先	金融機関名	銀行 農協 金庫	本店 支店 支所	種別	普通・当座
	口座番号	フリガナ 口座名義人			

※ゆうちょ銀行を指定される場合は、振込口座番号を記入し、支店名は漢数字で記入してください。

※振込先の口座名義人は申請者と同一氏名を記入してください。

【添付書類】

- (1) 予防接種を行った医療機関の領収書原本
- (2) 予防接種予診票の写し又は当該履歴が確認できるものの写し
- (3) 振込先通帳の写し