

様式第4号(第9条関係)

申請者記入欄		※消えるボールペン、修正テープ等は使用しないでください。			
法定外予防接種助成申請書兼請求書					
さくら市長		様	年		月 日
申請者 住所 氏名 被接種者との続柄 電話					
被 接 種 者 氏 名		(フリガナ)	生 年 月 日		
		□申請者と同じ		年 月 日	
振 込 先	金融機関	銀行 信金 農協	本店 支店 出張所		
	口座名義	(フリガナ)	口座種別	普通 ・ 当座	
			口座番号		

※ 被接種者がこどもの場合は、申請者及び口座名義を保護者のものに統一してください。

医療機関記入欄		※金額の訂正は認められません。（訂正印不可）	
予 防 接 種 名		医療機関 所 在 地 名 称 代表者名 ⑩	
接 種 料 金	円		
接 種 年 月 日	年 月 日		

決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係	受 付	年 月 日
					伺	年 月 日
					決 定	年 月 日
					支 給	年 月 日
確 認 欄		1()接種年齢				2()予防接種
交 付 決 定 の 状 況			支 給 金 額		円	

- ※ 予診票を添付してください。
- ※ 医療機関記入欄に医療機関の証明がない場合は、領収書（写し）を添付してください。
- ※ 通帳（写し）を添付してください。