

様式第1号(第5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。    |  |                 |       |
| 予防接種費助成申請書兼請求書                 |      |                                 |  |                 |       |
| さくら市長 様                        |      | 年 月 日                           |  |                 |       |
| 申請者 住所<br>氏名<br>被接種者との続柄<br>電話 |      |                                 |  |                 |       |
| 被接種者氏名                         |      | (フリガナ)                          |  | 生 年 月 日         |       |
|                                |      |                                 |  | 年 月 日           |       |
|                                |      | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |  |                 |       |
| 振込先                            | 金融機関 | 銀行<br>信金<br>農協                  |  | 本店<br>支店<br>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<br>所 在 地<br>名 称<br>代表者名<br><br>ⓐ |  |  |  |
| 接 種 料 金   | 円     |                                       |  |  |  |
| 接 種 年 月 日 | 年 月 日 |                                       |  |  |  |

|               |     |          |         |          |     |       |
|---------------|-----|----------|---------|----------|-----|-------|
| 決<br>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        |     |       |

※ 予防接種予診票及び領収書(写し)を添付してください。

※ 通帳(写し)を添付してください。

# 記入例

申請者記入欄

予防接種費助成申請書兼請求書

さくら市長 様

令和6年 〇月 〇日

申請者 住所 **さくら市櫻野13**  
 氏名 **桜太郎**  
 被接種者との続柄 **父**  
 電話 **080-1111-2222**

窓口への提出日を記入

被接種者がこどもの場合  
 申請者は保護者

ゆうちょ銀行の支店は漢数字3ケタ  
 (例:〇七八支店)

|        |  |                                     |  |
|--------|--|-------------------------------------|--|
| 被接種者氏名 | (フリガナ) <b>サクラ ハナコ</b><br><b>桜 花子</b><br><small>□申請者と同じ</small> | 生                                   | 令和4年 月 △日                                |
| 振込先    | 金融機関   | <b>氏家</b> <b>銀行</b><br>信金<br>農協     | <b>喜連川</b> <b>支店</b><br>本店<br>出張所        |
|        | 口座名義   | (フリガナ) <b>サクラ タロウ</b><br><b>桜太郎</b> | 口座種別 <b>普通</b> 当座<br>口座番号 <b>0654321</b> |

※ 被接種者(未成年者)の口座名義を保護者の口座名義に記入してください

申請者名義の口座に振込むため、  
 申請者の口座を記入

口座番号が7ケタでない場合、  
 最初に0または00を付けて7ケタにする

|       |                         |
|-------|-------------------------|
| 医療機関  | 医療機関所在地                 |
| 予防接種名 |                         |
| 接種料   | 医療機関で記入押印してもらってください (印) |
| 接種年月日 | 年 月 日                   |

|         |                |           |    |   |    |       |
|---------|----------------|-----------|----|---|----|-------|
| 決       | 課長             | 課長補佐      | 係長 | 係 | 受付 | 年 月 日 |
|         |                |           |    |   | 伺  | 年 月 日 |
| 裁       | この欄は記入しないでください |           |    |   |    | 日     |
|         |                |           |    |   |    | 日     |
| 確認欄     | 1( )接種年齢       | 2( )予防接種済 |    |   |    |       |
| 交付決定の状況 |                | 支給金額      |    |   |    | 円     |

通帳の名義人氏名・口座番号・銀行名・支店名が記載されているページをコピーして添付してください。  
 領収書をコピーして添付してください。