

様式第 1 号（第 5 条関係）

宮古市任意予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

宮古市長 あて

申請者住所

氏名

電話番号

（申請者と振込先は同一名義でお願いします）

宮古市任意予防接種費用助成金交付要綱第 5 条の規定により、関係書類を添えて、下記のとおり予防接種費用に係る助成金の交付を申請します。

記

交 付 申 請 額		円		
被 接 種 者	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
助成区分（麻しん・風しん混合（1 期）及び風しんを除く）		生保 非課税 その他		
接 種 し た 関 医 療 機 関	名 称			
	所 在 地			
	電 話 番 号			
予防接種種別	接種月日	予防接種料金 (ア)	助成限度額 (イ)	支 給 決 定 額 (ア)又は(イ)の いずれか低い額
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
合計				

※ 添付書類

- (1) 母子健康手帳又は健康手帳
- (2) 委託外医療機関が発行する任意接種費用に係る領収証書
- (3) その他市長が必要と認める書類