様式第５号（第８条関係）

宮古市定期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）

宮古市定期予防接種費用助成金交付要綱第８条第２項の規定により、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（B類疾病にかかる予防接種の場合）		生保　非課税　その他		
接種した医療機関	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
	年　月　日	円	円	円
	合計			

※　添付書類
（１）母子健康手帳、健康手帳又は医療機関が発行する予防接種済証
（２）医療機関が発行する予防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