

大分市委託外医療機関等における予防接種費助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

大分市長 殿

助成金の交付を受けたいので、大分市委託外医療機関等における予防接種費の助成に関する要綱第5条の規定により、次のとおり申請し、決定した場合は、当該助成金を請求します。

申請者現住所	大分市荷揚町6-1			
フリガナ	オオイタ タロウ			
申請者氏名	大分 太郎 ※予防接種を受けた本人が18歳未満の場合は保護者、印 18歳以上の場合は本人			
申請者生年月日	昭和63年 3月13日	被接種者との続柄	父	
電話番号	097-000-0000			
被接種者住所	※申請者住所と異なる場合や転出の場合にご記入ください。（転出の場合は、接種時の住所） ※接種時の住民票上の住所（大分市住所）			
フリガナ	オオイタ ハナコ			
被接種者氏名	大分 花子			
被接種者生年月日	令和元年 5月16日			
予防接種の種類、 接種費、接種日	予防接種の種類	接種費用 (支払済額)	接種日	※助成金の額の上限 (市が記入します。)
	MR	11,000	R2.5.15	
				記入しないでください
申請金額	記入しないでください 円			

接種医療機関等	名称	○×△□こどもクリニック
	所在地	〇〇市×△□町*丁目*番*号

《振込先口座》

金融機関名	健康	銀行・農協 信用金庫 信用組合・労働金庫	支店名	△□	本店 支店 出張所
預金種別	普通	・ 当座	口座番号	7777777	
フリガナ	オオイタ タロウ				
口座名義人	大分 太郎 ※申請者と同一名義人の口座 (申請者と異なる名義人の場合は委任状が必要)				

*助成金決定額 (市が記入します。)	記入しないでください 円
-----------------------	--------------