様式第５号（第９条関係）

特別の理由による任意予防接種費用助成金支給申請書

年　　月　　日

磐田市長

住 所

申請者（保護者）

氏 名 ㊞

私は、磐田市特別の理由による任意予防接種費用助成金交付要綱第９条の規定に基づき、次のとおり助成金の支給を申請します。

なお、必要があるときは次の事項について、磐田市が医療機関に確認を行うことに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 接種対象者 | 住所 | 〒 |
|  |
| 氏名 | フリガナ |
| （　男　・　女　） |
| 生年月日 | 　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 保護者氏名 | 被接種者との続柄（ 　　　　） |
| 連絡先電話番号 |  |
| 予防接種名 | 接種年月日 | 接種費用①（支払った金額） | 磐田市記入欄 |
| 助成上限額②（磐田市委託料） | 申請金額（①と②で少ない額） |
|  |  | 円 | 円 | 円 |
|  |  | 円 | 円 | 円 |
|  |  | 円 | 円 | 円 |
| 助成申請合計金額 | 　　　　　　　　円 |
| 金融機関名 | 銀行・信用金庫　　　　　　　本店・支店農協・信用組合　　　　　　　支所・出張所 |  |
| 口座種別口座番号 | 口座種別 | 1.普通2.当座 | 口座番号 |  |
| 口座名義 | フリガナ |
|  |

* 太枠内を記入してください。