

様式第5号

四條畷市特別の理由による任意予防接種費用助成申請書兼口座振込依頼書

年 月 日

四條畷市長 宛

申請者	住 所			
	氏 名			
	電話番号		被接種者 との関係	

四條畷市特別の理由による任意予防接種費用助成認定を受けた予防接種を接種しましたので、四條畷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条の規定により、関係書類を添えて助成金の交付を申請します。

また、四條畷市立保健センターがこの助成の決定に必要があると判断し、接種した医療機関等に対して予防接種の内容や費用等について照会すること、及び医療機関等がこの照会について回答することに同意します。

なお、助成金の交付を決定した場合は、下記の指定口座に助成金を振り込んでください。

接種を受ける人 (被接種者)	フリガナ				生年月日	
	氏 名				年 月 日	
	住 所	□上記申請者住所に同じ				
接種年月日	予防接種の種類	支払金額 (A)	助成上限金額 (B)	申請金額 (C)		
		円	円	円		
		円	円	円		
		円	円	円		
		円	円	円		
		円	円	円		
申請金額 (合計)			円			
※ (C) の申請金額は (A) + (B) のうち、少ない方の金額を記入してください。						
助成金振込先  ※銀行などの金融機関 又はゆうちょ銀行の どちらかを記入して ください。	口座名義人	(フリガナ)				
	金融機関	銀行・信組・信金 労金・農協・漁連			本店・支店 出張所	
		口座番号 (左づめ)				
	ゆうちょ銀行	通帳記号			通帳番号 (左づめ)	
1				0		