

南陽市県外等定期予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（あて先）南陽市長

申請者 住 所

氏 名 印

電話番号

南陽市県外等定期予防接種費用助成金交付要綱第6条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり申請及び請求します。
なお、本申請の審査に必要な範囲で、申請内容の確認を行うことに同意します。
また、助成金は、下記の口座に振り込んでください。

記

※裏面をお読みの上、太枠内をご記入ください。

被接種者氏名 (予防接種を受けた者)	ふりがな				
	氏 名				
	生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女	
住 所	申請者に同じ ・ 南陽市				
保護者等氏名	申請者に同じ ・ 被接種者との関係 ()				

予防接種の種類・回数等	接種年月日	窓口負担額 (A)	上限額 (B)	申請 (請求) 額 (AとBのうち少ない額)
	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
申請 (請求) 合計額				円
振込先 (申請者名義の口座)				
金融機関コード			支店コード	
金 融 機 関 名			支店名	店
預 金 種 別	(普通 ・ 当座)		口座番号	
口 座 名 義 (カタカナで記入)				

市記載欄					
受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日	受給者番号	—

注) 助成金の申請は、予防接種を受けた日から1年以内に行ってください。
※複数の予防接種をされた場合は、それぞれの接種日から起算し1年を経過した日までとなります。

(添付書類)

- 1 接種した医療機関等の領収書と診療明細書（被接種者の氏名、接種年月日、接種ワクチン、支払金額、領収印及び接種医療機関がわかるもの）
- 2 予防接種の記録が記載されているもの（母子健康手帳、予防接種済証）
※接種日、ワクチン名が記載されているもの
- 3 接種済みの予診票（市提出用）
- 4 申請者名義の預金通帳など、金融機関名、支店、口座番号、口座名義が確認できるもの
- 5 朱肉用印鑑

領収書を紛失した場合は、支払証明が必要になります。

下記の各項目を接種医療機関から記入してもらうようにお願いします。

医療機関等の皆様へお願い

この申請書兼請求書は、南陽市民が事情により、市の委託医療機関以外で定期予防接種を全額自己負担で受けた場合、その接種費用に係る助成金の交付について南陽市に申請及び請求するものです。

申請者からの依頼がありました際には、下記の項目についてご記入くださいますよう、よろしくお願いいたします。

医療機関記入欄	医療機関等の名称及び所在地	予防接種種類・回数等	接種年月日	領収金額 (保険適用外分)
			年 月 日	円
			年 月 日	円
			年 月 日	円
			年 月 日	円
			年 月 日	円
	開設者又は病院長名 印		年 月 日	円
			年 月 日	円
			年 月 日	円
			年 月 日	円
	電話番号		年 月 日	円
			年 月 日	円

* 予防接種以外の診療費が含まれる場合は、診療明細書を添付してください。