

倉吉市おたふくかぜワクチン接種費用助成金請求書

(宛先)

倉吉市長

次のとおりおたふくかぜワクチン接種を受けましたので、おたふくかぜワクチン接種費用助成金を請求します。また、助成金の支給決定にあたり、住民登録、世帯の課税状況を調査されることに同意します。

請求者 住所  
氏名 ⑨  
接種を受けた者との続柄 ( )  
電話番号

請求金額	円
------	---

予防接種実施日	年 月 日	予防接種実施医療機関名	
支払い金額	円		
被接種者	(ふりがな)		
	氏 名		
	住 所 (請求者と異なる場合記入)		
	生年月日	年 月 日 ( ) 歳	
助成区分 (該当する番号に○ をしてください。)	区分		助成額
	1 生活保護世帯に属されている方		医療機関に支払
	2 市町村民税非課税世帯に属されている方		った額
	3 助成券を提出しないで予防接種を受けた方		3,000円
4 協力医療機関以外の医療機関で予防接種を受けた方			

※ 添付書類

- 医療機関が発行する領収証書又はその写し
- 予防接種を受けたことが分かる書類の写し（母子健康手帳等）
- 市町村民税非課税世帯であることを証明する書類（市町村民税非課税世帯に属する者に該当するときに限る。）市で、市町村民税非課税世帯であることを確認できた場合は、省略することができます。

担当者  
確認印

(宛先)

会計管理者

助成金は、次の口座に振り込んでください。

振込先	金融機関名		支店名	
	預金種別	普通 ・ その他 ( )	(ふりがな)	
	口座番号		口座名義人	