



予防接種助成金交付申請書

1人1枚必要です。

年 月 日

久喜市長 あて

申請者 住所 **久喜市本町〇丁目〇番〇号**
 氏名 **久喜 花子**
 電話 **0480-00-0000**

押印は必要ありません。

久喜市予防接種助成金交付要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。なお、私は、この申請に基づく助成金交付決定に当たり、確認が必要な場合には、接種した医療機関に市が問い合わせすることに同意します。

被接種者氏名 生年月日	続柄	接種日	予防接種名 (回数)	予防接種料金	助成申請額
久喜 太郎 R0年〇月〇日	子	R0年〇月〇日	B型肝炎ワクチン (1 回目)	0,000 円	円
年 月 日		年 月 日	()		
年 月 日		年 月 日	()		
年 月 日		年 月 日	(回目)	円	円
年 月 日		年 月 日	(回目)	円	円
助成金額合計					円

※申請額は、予防接種料金のうち久喜市の上限金額までとなります。
 保健センターへご確認いただくか、空欄でご提出ください。

注) 申請書には次の書類を添付してください。

- ① 久喜市の指定した予防接種予診票（市提出用）の写し又は接種を受けたことを証する書類
- ② 接種した医療機関が発行した予防接種の費用を支払ったことを証する書類
- ③ 母子健康手帳又は予防接種の記録
- ④ インフルエンザ及び高齢者肺炎球菌ワクチンの予防接種をした者のうち、生活保護法に規定する生活保護受給者にあつては、受給証の写し、中国残留邦人等の円滑な帰国の推進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律に規定する支援給付資格者にあつては、本人確認証の写し

1人1枚必要です。
同一人物の名前でお願いいたします。

記載例

様式第4号(第8条関係)

予防接種助成金交付請求書

久喜市長 あて

年 月 日

※記載不要です。

※押印も忘れずをお願いします!

住所 久喜市本町〇丁目〇番〇号

申請者

ふりがな
氏名 久喜 花子 印

電話 0480-00-0000

年 月 日付け久 第 号で交付決定を受けた予防接種助成金について、
久喜市予防接種助成金交付要綱第8条の規定により下記のとおり請求します。

記

被接種者氏名 生年月日	接種日	予防接種名 (回数)	請求金額
久喜 太郎 R0年0月0日	R0年0月0日	B型肝炎ワクチン (1 回目)	円
年 月 日	年 月 日	(回目)	円
年 月 日	年 月 日	(回目)	円
年 月 日	年 月 日	(回目)	円
年 月 日	年 月 日	(回目)	円
請求金額合計			円

※請求金額は、予防接種料金のうち久喜市
の上限金額までとなります。
保健センターへご確認いただくか、空
欄でご提出ください。

上記の助成金は、下記の口座に振り込むよう依頼します。

金融機関名	本(支)店名	口座種別	口座番号
〇〇銀行	〇〇支店	普通口座	00000000
フリガナ	クキ ハナコ		
口座名義人	久喜 花子		