

登米市予防接種費用助成金交付申請書兼請求書（償還払用）

年 月 日

（あて先）登米市長

申請者 〒

住所

ふりがな

氏 名

被接種者との続柄（ ）

電話番号

登米市予防接種費用助成金について、下記のとおり関係書類を添えて申請（請求）します。
記

1 予防接種を受けた対象者

住 所

ふ り が な

氏 名

生 年 月 日

年

月

日生（

歳

か月）

※中学生以上は年齢のみで可

2 受けた予防接種名

予防接種を受けた日 令和 年 月 日

令和 年 月 日

※書ききれない場合は、余白に日付を記入してください。

予防接種を受けた医療機関名

3 助成申請額

円 ※複数回接種した場合は合計額を記入してください。

4 助成金を振り込む金融機関

(1) 金融機関名

(2) 支店名

(3) 口座番号 普・当

ふりがな
(4) 口座名義人

【添付書類】○接種料金が特定できる領収書

○（乳幼児等の場合）母子健康手帳の写し

◎受付 年 月 日（ ）支所市民課（ ）