様式第３号（第８条関係）

いなべ市県外定期予防接種費用助成金交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　いなべ市長　　　宛て

　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者

住　所　いなべ市

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（被接種者との続柄：　　　　）

電話番号　　　　－　　　　－

　いなべ市県外定期予防接種費用助成金の交付を受けたいので、いなべ市県外定期予防接種費用助成金交付要綱第８条の規定により申請をします。

|  |  |
| --- | --- |
| 被接種者氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日　生 |
| 予防接種の種類 | 接種日 | 接種費用 | 交付決定額（市記入欄） |
| 1 |  | 年　　月　　日 | 円 | 円 |
| 2 |  | 年　　月　　日 | 円 | 円 |
| 3 |  | 年　　月　　日 | 円 | 円 |
| 4 |  | 年　　月　　日 | 円 | 円 |
| 5 |  | 年　　月　　日 | 円 | 円 |
| 6 |  | 年　　月　　日 | 円 | 円 |
| 7 |  | 年　　月　　日 | 円 | 円 |
| 8 |  | 年　　月　　日 | 円 | 円 |
| 9 |  | 年　　月　　日 | 円 | 円 |
| 10 |  | 年　　月　　日 | 円 | 円 |
| 合　　　　　　　　計 | 円 | 円 |
| 助　成　金　の　振　込　先 |
| 金融機関名 | 店名 | 種別 | 口座番号 | （ふりがな）口座名義人 |
| 銀行金庫農協 | 支店本店出張所 | 普通・当座 |  |  |

添付書類

　領収書、母子健康手帳その他予防接種の記録が記載されているものの写しを添付してください。