

別記様式第3号（第8条関係）

記入見本

定期予防接種費用助成金交付申請書

令和 年 月 日

木津川市長 宛て

接種者本人名義で、
申請してください。

申請者 住 所 木津川市□□□□□

氏名 木津川 花子

生年月日 昭和〇〇年〇月〇日生

電話番号 0774-〇〇-〇〇〇〇

予防接種法に基づく定期予防接種費用の助成を受けたいので、木津川市予防接種実施要綱第8条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

接種した予防接種	肺炎球菌感染症	
接種医療機関	名称	○○医院
	住所	○○県○○○○○
接種日	令和○年○○月○○日	

請求金額

四

添付書類：医療機関が発行する領収書及び接種済証

当該予防接種の予診票

助成額がご不明な場合は、
健康推進課までお問い合わせ
ください。

振込先口座

金融機関名	○○	銀行 信用金庫 農協	△△	本店 支店 出張所
預金種別	普通	・ 当座	口座番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
口座名義	(フリガナ) キヅガワ ハナコ 木津川 花子			接種者本人の振込口座をご記 ください。

自己負担額算定のために必要となる個人の情報（世帯状況等）を木津川市が参照・確認することについて同意します。

自己負担金免除の場合は、必ずご署名ください。(接種者本人)

署名 木津川 花子

対象者条件 該当 非該当 世帯状況（生活保護） 該当 非該当