

別記様式第3号（第8条関係）

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

申請者 住 所

氏 名

生年月日 昭和 年 月 日生

電話番号

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		
	住所		
接種日	令和	年	月 日

請求金額 円

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

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)								

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。

署名 _____

-----市使用欄-----

対象者条件	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	世帯状況（生活保護）	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当
-------	-----------------------------	------------------------------	------------	-----------------------------	------------------------------