

記入見本

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	〇〇医院
	住所	〇〇県〇〇〇〇
接種日	令和〇年〇〇月〇〇日	

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

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	〇〇	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	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
口座名義	(フリガナ) キヅガワ ハナコ		接種者本人の振込口座をご記入ください。						
	木津川 花子								

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

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
-------	-----------------------------	------------------------------	------------	-----------------------------	------------------------------