

様式第3号(第6条関係)

都城市長宛て

◎申請日
記入不要です

申請日 年 月 日

*太枠内のみ記入をお願いします。

太枠の部分(上と下の2箇所)のみご記入ください。間違えた箇所は2重線で消し、訂正印をお願いします。

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| 住 所 | 都城市 |
| 接種を受けた子どもの 氏名・生年月日 | 年 (続柄) |
| 請求者氏名・生年月日 | 年 月 日 |
| 電 話 | *日中連絡が取れる連絡先 () - |

◎印鑑について
下記をご確認ください

予防接種費助成金請求書

◎請求金額
記入不要です

予防接種費として、次の金額を請求します。

| | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|
| 金 額 | 拾 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 |
|-----|---|---|---|---|---|---|

| 予防接種の種類 | 予防接種に 要した額 | 助成金額 | 限度額(契約単価) |
|---------|---------------|------|-----------|
| | 円 | 円 | 円 |
| | 円 | 円 | 円 |
| | 円 | 円 | 円 |
| 合 計 | | 円 | |

*関係書類(請求書に添付する書類)

- 医療機関で発行された領収書又はその写し(ワクチン名が記載されていること)
- 母子健康手帳又は予防接種を受けたことが分かる書類

| | | |
|-----------------|----------|----------------|
| 振込先 (請求者と同じ) | 金融機関名 | 銀行・信金 信組・農協 |
| | 支店名 | 出張所 |
| | 預金の種類 | |
| | 口座番号 | |
| | 口座名義(かか) | |

口座名義は請求者と同じ方にしてください。

申請者の氏名欄は、「自筆による署名」と「記名押印」のいずれかから選択することができます。

記入間違いの際の訂正方法は、それぞれで異なりますので、下記を御確認ください。

署名の場合

令和〇〇年〇〇月〇〇日
都城 太郎 ~~令和△△年△△月△△日~~

訂正箇所に、自筆の署名をした上で、訂正します。

押印の場合

令和〇〇年〇〇月〇〇日
~~令和△△年△△月△△日~~

氏名欄に押印した印鑑と同一のものを
使用します(スタンプ式印鑑は不可)