

様式第3号（第5条関係）

（表面）

予防接種県外接種費用助成金交付申請書

年 月 日

名張市長 宛て

予防接種の接種状況について、名張市が必要に応じて医療機関等に照会することに同意し、予防接種費用の助成を申請します。なお、この申請の記載事項に相違ありません。

申請者住所

氏名 印

電話（ ） ー

被接種者との続柄（ ）

被接種者	氏名	()		男・女	年 月 日生	
	住所	〒				
予防接種名		回数	接種日	接種金額	助成金額	接種医療機関
(添付書類) 1. 領収証 2. 予診票の原本						
※受付年月日		年 月 日		(承認・不承認)	年 月 日	
※受付者				*決定年月日		
*受給者番号				*助成額	円	

予防接種県外接種費用助成金交付請求書

年 月 日

名張市長 宛て

請求者氏名 印

交付決定された予防接種費用助成金を請求しますので、下記の口座へ振り込んでください。

金融機関名 (ゆうちょ銀行を除く。)	支 店	預金種目	口座番号 (右づめでご記入ください。)			
銀行 金庫 農協	本 店 支 店 出張所	普通 当座				
ゆうちょ銀行(郵便局)	記号 (左づめで記入ください。) 6桁目がある場合は※欄にご記入ください。		番号 (右づめでご記入ください。)			
貯金通帳の見開き左上に記載された従来の口座の記号・番号を記入してください。	1	0 - ※				
(フリガナ)	*必ず記入してください。					
口座名義人						

(裏面)

領収証の原本を添付してください。

領
収
証
等
書
類
添
付
欄