

中津市任意接種（おたふくかぜワクチン）費用助成申請兼請求書

令和 年 月 日

中津市長 あて

申請・請求者名

(被接種者との関係))

電話番号

任意接種費用の助成を申請し、必要書類を添えて下記の金額を請求します。

助成金額は下記の口座に振り込んでください。

※ 申請内容の確認にあたり、中津市長が住民基本台帳を閲覧すること、また確認等が必要な場合は医療機関に問い合わせることに同意します。

フリガナ	
被接種者名	
住 所	中津市
生 年 月 日	年 月 日

予防接種の種類	接種金額合計 (A)	助成額上限 (B)	助成額 (請求額) ※ (A)と (B) の少ない方
おたふくかぜ1期	円	6,000円	円
おたふくかぜ2期	円	6,000円	円
請 求 金 額			円

※生活保護受給者については全額助成

金融機関コード		店番コード	
金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合 労働金庫	支店・出張所	
預金種目	1. 普通 2. 当座 3. その他()	口座番号 (右詰め)	
フリガナ		受付時確認欄	
口座名義人		<input type="checkbox"/> 通帳またはカードのコピー <input type="checkbox"/> 通帳等で確認	

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下記の委任欄に記入してください。

私は、上記口座名義人に、予防接種助成金の受け取りを委任します。 年 月 日 申請・請求者氏名
