

様式第1号（第4条関係）

塩尻市県外定期予防接種費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

（あて先）塩尻市長

住所
申請者 氏名
電話番号

塩尻市県外定期予防接種費補助金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

| | | | |
|-------------|---|---------|-------|
| フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 接種を受けた者の氏名 | | | |
| 住所 | | 申請者との続柄 | |
| 県外で接種を受けた理由 | <input type="checkbox"/> 里帰り出産 <input type="checkbox"/> 仕事の都合 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |

県外で受けた定期予防接種の内訳

| 種類・期別・回数 | 接種日 | 実施医療機関 | 領収書金額 (A) | 限度額 (B) | 補助金額 (A又はBのいずれか低い額) |
|---------------------|-------|--------|-----------|---------|---------------------|
| | 年 月 日 | | 円 | 円 | 円 |
| | 年 月 日 | | 円 | 円 | 円 |
| | 年 月 日 | | 円 | 円 | 円 |
| | 年 月 日 | | 円 | 円 | 円 |
| | 年 月 日 | | 円 | 円 | 円 |
| 交付を受けようとする補助金の額（合計） | | | | | 円 |

塩尻市県外定期予防接種費補助金の交付が決定された場合には、上記の額を次の金融機関口座に振り込んでください。

| | | | |
|-------|------------------|------|-----------------------|
| 金融機関名 | 銀行 信用組合 農協 | 支店名 | 本店・支店 本所・支所 出張所 |
| 預金の種類 | 普通・当座 | 口座番号 | |
| フリガナ | | | |
| 口座名義 | | | |

添付書類 医療機関が発行した領収書等（接種した種類等の明細が分かるもの）

※申請の際に母子健康手帳を持参してください。