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 | □　里帰り出産  □　仕事の都合  □　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  金　　庫  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。