

様式第2号（第4条関係）

塩尻市任意予防接種費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（あて先）塩尻市長

申請者 住所
氏名
電話番号

塩尻市任意予防接種費助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

予防接種を 受けた者	住所		生年月日	年 月 日
	ふりがな 氏名		申請者との続柄	
接種実施医療機関名				
上記の医療機関で接種した理由		<input type="checkbox"/> 通院又は入院中のため <input type="checkbox"/> その他（ ）		
ワクチンの種類		インフルエンザ（HAワクチン・経鼻弱毒生ワクチン）・風しん		
接種日		年 月 日		
他の助成金等の申請の有無		<input type="checkbox"/> 有（助成金等の額 円） <input type="checkbox"/> 無		
請求金額		円		

塩尻市任意予防接種費助成金の交付が決定された場合には、上記の請求金額を、次の口座に振り込んでください。

振込先金融機関	金融機関名	銀行 信用組合 信用金庫 農協	支店名	本店・支店 本所・支所 出張所
	口座の種類	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

添付書類

- (1) 医療機関が発行する領収書の写し
- (2) その他市長が必要と認める書類