様式第２号（第５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 （インフルエンザのみ）	□通院又は入院中のため　□その他（　　）			
ワクチンの種類	インフルエンザ　・　風しん （□風しん単独　□麻疹風しん混合）			
接種日	年　　月　　日			
他の助成金等の申請の有無	□有（助成金等の額　　円）　□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

医療機関が発行する領収書の写しその他市長が必要と認める書類