

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書

申請日時点の住所
(接種日に住民であれば対象)

RO年〇月〇日

(あて先) 塩尻市長

住所 塩尻市大門7番町3-3
申請者 氏名 健康 花子
電話番号 52-0280

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	ケンコウ タロウ		生年月日	RO年〇月〇日	
接種を受けた者の氏名	健康 太郎				
住所	塩尻市大門7番町3-3 (転出後であれば塩尻市在住時の住所も並記)		申請者との続柄	子	
県外で接種を受けた理由	<input checked="" type="checkbox"/> 里帰り出産 <input type="checkbox"/> 仕事の都合 <input type="checkbox"/> その他 ()				

四角にチェック

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)
DT 1回目	RO年〇月〇日	〇〇病院	〇〇〇円		
小児肺炎球菌 1回目	RO年〇月〇日	〇〇病院	〇〇〇円		
B型肝炎 1回目	RO年〇月〇日	〇〇病院	〇〇〇円	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

太枠内の4項目を記入

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	塩尻	銀行 金庫 信用組合 農協	支店名	ゆうちょ銀行の場合は 本店・支所 漢数字の支店名を記入	本店 支店 本店・支所 出張所
預金の種類	当座	普通	口座番号	1234567	
フリガナ	ケンコウ ハナコ				
口座名義	健康 花子				

添付書類 医療機関が発行した領収書等 (接種した種別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。