

様式第 1 号（第 5 条関係）年 月 日
鳥羽市長 様

(申請者) 住 所 鳥羽市
保護者氏名 ㊟
被接種者氏名 (年 月 日生)
電 話

鳥羽市定期予防接種県外予防接種費用助成申請書兼請求書

鳥羽市定期予防接種県外予防接種費用助成事業実施要綱第 5 条の規定に基づき、下記のとおり申請します。なお、申請内容について鳥羽市が医療機関に確認を行うことに同意します。

申請金額 金 _____ 円

【申請金額の明細】

接種日	医療機関名	予防接種の種類・回数	予防接種費用 (実額)	助成限度額	助成額
計					

* 予防接種費用（実額）と助成限度額を比較し、いずれか少ないほうを助成額とします。

(添付書類) ①接種した医療機関の領収書 ②定期予防接種予診票（写し）
③予防接種の記録が記載されているもの（母子健康手帳記載内容の写し）

振込先	金融機関名	銀行・金庫・本店・支店 農協・信漁連出張所		
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	(フリガナ)			
	口座名義人			