

年 月 日

福 生 市 長 宛て

申請者 現在の住所 _____

氏 名 _____

電 話 _____ () _____

福生市予防接種再接種費用助成事業実施要綱第6条の規定により次のとおり申請、請求します。なお、この申請に当たり、市職員が住民基本台帳等を閲覧し、及び医療機関等に問合せをすることについて同意します。

1 被接種者

フリガナ		申請者 との続柄	
氏 名			
生年月日	年 月 日		
住 所	福生市		

2 接種した予防接種

予防接種の種類	接種日	請求額
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
請求額合計		円

※請求額は、接種費用額と市の契約単価とのうち、いずれか低い金額になります。

※記入欄が不足する場合は、別紙に接種した予防接種をとりまとめの上添付すること。

3 振込先

金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所
口座種別	普通・当座	口座番号	
(フリガナ) 口座名義人			

※振込先の口座名義を申請者以外の方にする場合は委任状を添付してください。

4 添付書類

- (1) 再接種に係る医師の意見書
- (2) 再接種に係る領収書（予防接種の種類及び自己負担額が確認できるもの）
- (3) 母子健康手帳、予防接種済証その他の当該再接種に対応する既に受けた予防接種の接種歴を確認することができる書類
- (4) その他市長が必要と認める書類