

(様式第2号)

年 月 日

予防接種費用助成金償還払い申請書兼請求書

泉佐野市長 様

〒
申請者[保護者] 住所

氏名 印 被接種者との続柄
()

電話

接種対象者について、助成金の償還払いを受けたいので、関係書類を添えて申請及び請求します。

また、申請に係る審査に必要があるときは、接種対象者が泉佐野市に住民登録があることについて確認することを承諾します。なお、償還払い金は下記の指定振込口座へ振り込み願います。

ふりがな		生年月日	平成・令和 年 月 日生
接種対象者氏名			歳
接種対象者住所	〒 ー 泉佐野市		
接種ワクチン	インフルエンザワクチン		
接種日	令和 5 年 月 日		
接種した医療機関	名称	医療法人 堀秀会 堀越内科	
	所在地	大阪府 泉南市 岡田三丁目9番25号	

助成金額(請求額)	住民の有無※	支給決定額※
円		

※健康推進課記入欄

指定振込口座	金融機関名	銀行・信金・農協		支店・支所
	口座種別	普通・当座・その他	口座番号	
	口座名義			