様式第３号（第５条関係）

予防接種費用助成金交付申請兼請求書

年　　月　　日

日田市長　様

申請者（保護者）
住所

氏名

電話

上記の件について、次のとおり定期予防接種を受けたので、助成金の交付を申請（請求）します。

予防接種の種類	
被接種者氏名	
生年月日	年　　月　　日　生（　　歳）
予防接種日	年　　月　　日
住所	
滞在先住所	
接種料金	円（内訳　　）

【振込先口座】

金融機関名	銀行・農協 金庫・組合	支店名	支店・支所 出張所
貯金種別	普通・当座	口座番号	
（フリガナ） 口座名義人	（　　）		

【助成金の決定額】※予防接種に要した費用は、日田市が医師会と委託契約している額を上限に助成します。

円（内訳：　　）

（備考）１　申請及び請求期限は予防接種を受けた日から１年以内です。
２　太枠内のみ記入してください。
３　定期予防接種を受診した医療機関等が発行した領収書をこの交付申請及び請求書に添えて提出してください。
4　予防接種済証又は予診票の写しを提出してください。