

令和 年 月 日

田川市長 殿

田川市予防接種費用助成金交付申請書

申請者 〒

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 () _____

田川市予防接種費用助成要綱第6条第2項の規定により、予防接種費用助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

予防接種を受けた者	住 所	田川市		
	氏 名		性別	男・女
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年	月 日
	申請者との続柄			
予防接種の種類	接種年月日	医療機関		接種費用負担額
		名 称	所 在 地	
	令和 年 月 日			円
	令和 年 月 日			円
	令和 年 月 日			円
	令和 年 月 日			円
	令和 年 月 日			円
合 計 金 額				円

(添付書類)

- 1 予防接種を受けた医療機関が発行した領収書で、予防接種を受けた者の氏名、接種費用の額及び医療機関の名称が記載されたもの (原本)
- 2 予防接種予診票の写し (接種を実施した医師署名又は記名押印のあるもの)
- 3 母子健康手帳の予防接種の記録が記載されている部分又は予防接種済証の写し
- 4 その他 ()

この申請の内容について、田川市が医療機関に確認することに同意します。

申請者氏名 _____

注：田川市の住民の方が予防接種を受けたときにその予防接種費用が助成対象となります。

記入例

令和〇年〇月〇日

田川市長 殿

田川市予防接種費用助成金交付申請書

保護者又は予防接種費用を負担した方が申請してください。

申請者 氏

住所 田川市中央町1番1号

氏名 炭都澄夫

電話番号 0947(44)2000

田川市予防接種費用助成要綱第6条第2項の規定により、予防接種費用助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

予防接種を受けた者	住所	田川市 大字伊田2550番地1		
	氏名	炭都潤子	性別	男・女
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 (令和) 2年 1月 18日		
	申請者との続柄	子		
予防接種の種類	接種年月日	医療機関		接種費用負担額
		名称	所在地	
四種混合	令和 2年 4月 26日	後藤寺病院	山口県〇町大字△1番地	10,200 円
ヒブ	令和 2年 5月 12日	伊田医院	大分県〇市△町1番2号	8,000 円
麻しん・風しん(混合)	令和 3年 2月 9日	伊田医院	大分県〇市△町1番2号	11,000 円
合計金額				29,200 円

実際に支払った金額 (領収書の額)

(添付書類)

- 1 予防接種を受けた医療機関が発行した領収書で、予防接種を受けた者の氏名、接種費用の額及び医療機関の名称が記載されたもの (原本)
- 2 予防接種予診票の写し (接種を実施した医師署名又は記名)
- 3 母子健康手帳の予防接種の記録が記載されている部分又は予防接種済証の写し
- 4 その他 ()

必ず原本を提出してください。確認後、返却します。

この申請の内容について、田川市が医療機関に確認することに同意します。

申請者氏名 炭都澄夫

添付資料は必ず提出してください、書類に不備があると確認に時間がかかり、助成金の支給が遅れることがあります。