

定期予防接種

法定外予防接種

(該当する予防接種の□欄に、✓を記入ください。)

予防接種費用助成申請書

年 月 日

観音寺市長 宛て

申請者

住 所 〒

氏 名

(被接種者との続柄)

※本人による署名に代えて、記名押印することもできます。

電 話

予防接種費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

助成申請額 金 _____ 円

被接種者 (予防接種を 受けた人)	住 所	観音寺市
	氏 名	(歳)
	生年月日	年 月 日

振込先	銀行・金庫 農協・組合						支店・支所 本所 出張所	
預金種目	<input type="checkbox"/> 普通						フリガナ	
	<input type="checkbox"/> 当座						口座名義人	

※振込先は、申請者（保護者）本人の口座を記入してください。

ワクチン名	期別	接種年月日	接種費用額 (円)	※助成 限度額(円)	※助成額 (円)
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			

- (1) ※欄は、市処理欄のため、記入しないでください。
- (2) 定期予防接種を受けたときの助成額は、助成限度額又は実際に要した予防接種費用のいずれか少ない額とします。
- (3) 法定外予防接種を受けたときの助成額は、助成限度額又は実際に要した予防接種費用の2分の1の額のいずれか少ない額とします。