記入例

様式第１号

石巻市予防接種費用助成申請書

令和３年６月１日

石巻市長（あて）

住民登録をしている住所

申請者　住　　所　石巻市穀町１４番１号
氏　　名　石　巻　　花　子
記入不要　個人番号
生年月日　昭和２３年　４月　１０日（　７０歳）
被接種者氏名　石　巻　　花　子
記入不要　個人番号
被接種者生年月日　昭和２３年　４月　１０日（　７０歳）
世帯主氏名　石　巻　　市　郎
電話番号　０９０　―　××××　―　××××

石巻市予防接種費用助成要綱に基づき、下記のとおり支払ったので、助成するよう申請します。

記

太枠内に必要事項を記入ください。

項　　目	接　種　日	受診医療機関等	支払済額
インフルエンザ予防接種	令和２年１０月１日	○○○病院	3,000 円
高齢者肺炎球菌予防接種	令和３年５月２５日	○○○病院	8,000 円
			円

○添付書類　　領収書の写し

※　生活保護受給者については、受給者証の写しも添付すること。

※　助成額には上限があります。生活保護受給者以外の方は、支払済額から、インフルエンザ及び高齢者肺炎球菌の自己負担金を差し引いた額となります。

○振込先

金融機関	石　巻	(銀行)・信金・信組・農協・漁協		本店・　　支店（又は出張所）					
種　別	(普通)・当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
口座名義	フリガナ	イシノマキ　　ハナコ							
	氏　名	石　巻　　花　子							

※　金融機関と種別は、該当する項目を○で囲んでください。

【注意事項】

１　**領収書の写しを必ず裏面に貼り付けてください。**

２　現金での助成はいたしませんので、必ず振込先口座を記入してください。
　　なお、口座名義については、被接種者又は同居する家族でお願いします。

※　申請書の受理後、助成決定通知書により助成額及び振込予定日をお知らせします。