

泉佐野市長 様

泉佐野市特別の理由による任意予防接種費用助成金請求書

令和 年 月 日 第 号で泉佐野市特別の理由による任意予防接種費用助成金の対象として認定されたのを受け、予防接種を接種いたしました。つきましては、任意予防接種費用助成につきまして、下記のとおり請求いたします。

申請者	住 所	
	ふりがな	
	氏名	
	電話番号	

接種を 受けた人	ふりがな				生年月日	
	氏 名				年 月 日 生	
	住 所	上記申請者と同じ場合は省略				
接種年月日		接種医療機関	予防接種の種類	支払金額 A	上限金額 B	請求金額 C
請 求 金 額 合 計				円		
C の請求金額は A と B の低い金額を記入してください。						

★上限金額 B は、泉佐野市が定める金額となります。対象認定通知書を送付時に同封しております。ただし、認定された年度の翌年度に接種の場合は、上限金額 B の変更もありますのでこども家庭課へご確認ください。

請求の助成金は、次の口座へ振り込みをお願いします。

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	ふりがな			

添付書類（請求書と合わせ、次の①と②が必要になります。）
①医療機関名・金額がわかる領収書の原本、②接種したことのわかる書類（予防接種接種済証など）