

定期予防接種費用助成申請書兼請求書

申請日 令和 年 月 日

西東京市長 宛

申請者 氏名 _____ (続柄 _____)

住所 _____

電話 (_____) _____

西東京市定期予防接種費用助成金交付要綱第6に基づき、定期予防接種実施依頼書の交付を受けた定期予防接種に係る助成金を、必要書類を添えて申請及び請求します。

この助成を受けるために必要な範囲内において、公簿の確認及び医療機関への問合せを行うことに同意します。

予防接種を受けた方	カタカナ 氏名		男 ・ 女	(生年月日) 年 月 日生 (歳 か月)
	住所	西東京市		(電話) ()

予防接種の種類	接種日	接種費用	助成上限額	請求額
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
合 計				円

※請求額は、接種費用と助成限度額のいずれか低い方の金額になります。

※申請期間は、予防接種を受けた日から1年間です。

助成金は次の口座に振り込んでください。				
金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義 (カタカナ)
コード	コード	普通		
		当座		

※接種費用を負担した保護者又は本人の口座を記入してください。

- <必要書類>
- 1 母子健康手帳の写し又は予防接種済証
 - 2 接種費用を支払ったこと及びその額を確認できる書類
 - 3 定期予防接種を受ける際に使用した予診票

収受印

助成金交付額
円

確認	審査	受付