

豊橋市予防接種費補助金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

豊 橋 市 長 様

申請・請求者 続柄 () 印
〒 -

申請者の住所

被接種者氏名 TEL

予防接種費補助金の交付について、関係書類を添えて申請及び請求をします。
また、補助金を交付するのに必要な個人情報（住民基本台帳等）の閲覧をすること及び指定した振り込み先口座の照会、確認等を行うことに同意します。
※この申請書は、豊橋市において交付決定した後は、交付決定日をもって請求日とし、予防接種費補助金の請求書として取り扱います。

記

ワクチン	申請額(※)	接種日	ワクチン	申請額(※)	接種日
	円 R 年 月 日			円 R 年 月 日	
	円 R 年 月 日			円 R 年 月 日	
	円 R 年 月 日			円 R 年 月 日	
	円 R 年 月 日			円 R 年 月 日	
	円 R 年 月 日			円 R 年 月 日	
	円 R 年 月 日			円 R 年 月 日	
	円 R 年 月 日			円 R 年 月 日	

申請(請求)金額			万	千	百	十	円
振込先	金融機関名	銀行・信組 本店・支店 信金・農協 出張所					
	預金種別	普通・当座	口座番号 (左詰記入)				
	(フリガナ) 口座名義人 (申請者と同一)	()					

注) 申請者欄及び太枠の中は必ずご記入ください。
※申請額欄には、領収書の金額（予防接種費用のみ）を記入してください。
ただし、高齢者用肺炎球菌・インフルエンザの場合は、自己負担額を差し引いた額を記入してください。
(添付書類) 1. 医療機関発行の領収書の原本と、明細書など予防接種の内訳がわかるもの
2. 定期予防接種の記載がされているもの（母子健康手帳、予診票等）
3. 高齢者用肺炎球菌・インフルエンザで接種当日60～64歳の方は身体障害者手帳の写し
◎申請の際には、この書類（添付書類含む）の他に印鑑（認印可）、母子健康手帳又は予防接種済証、通帳をお持ちください。

金融機関コード					支店番号				交付決定日	年 月 日
---------	--	--	--	--	------	--	--	--	-------	-------

申請・請求者と口座名義人が異なる場合は、委任状に記入してください。

委任状

令和 年 月 日

委任者（申請・請求者）

住所

氏名 印

私は、豊橋市予防接種補助金の受領に関する権限を下記の者に委任いたします。

記

受任者（口座名義人）

住所

氏名 続柄（ ）