

様式第1号（第5条関係）

日田市特別の理由による予防接種再接種費用助成申請兼請求書

年 月 日

(宛先) 日田市長

申請者（保護者）

住 所

氏 名

(接種対象者との続柄：)

電話番号

日田市特別の理由による予防接種再接種費用助成事業実施要綱第5条第1項の規定により、次のとおり申請・請求します。

また、申請内容について、市が保有する個人情報について閲覧・調査すること、及び医療機関へ問い合わせることに同意します。

接種対象者	フリガナ 氏 名			
	生年月日	年	月	日
	住 所			
助成対象 予防接種名	接種年月日	接種費用① (支払った金額)	日田市記入欄	
			助成上限額②	申込金額 (①と②で少ない額)
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
申請（請求）合計金額			円	
振込先	銀行 金庫 組合 農協		本店 支店 支所 出張所	
預金種目	普通・当座	口座番号		
フリガナ				
口座名義人				

- (準備する書類) 医師の理由書（第2号様式） 再接種費用の領収書
 移植等以前に受けた予防接種の履歴がわかるもの（母子健康手帳等）
 助成対象予防接種の接種記録がわかるもの（予診票、母子健康手帳等）