

申請日 年 月 日

都城市長宛て

* 太枠内のみ記入をお願いします。

住 所	都城市
接種を受けた子どもの 氏名・生年月日	年 月 日
請求者氏名・生年月日	年 月 日 ⑨（続柄）
電 話	* 日中連絡が取れる連絡先 () -

予防接種費助成金請求書

予防接種費として、次の金額を請求します。

金 額	拾	万	千	百	拾	円
-----	---	---	---	---	---	---

予防接種の種類	予防接種に 要した額	助成金額	限度額（契約単価）
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
合 計		円	

*** 関係書類（請求書に添付する書類）**

- 医療機関で発行された領収書又はその写し(ワクチン名が記載されていること)
- 母子健康手帳又は予防接種を受けたことが分かる書類

振込先 (請求者と同じ)	金融機関名	銀行・信金 信組・農協
	支店名	支店・支所・出張所
	預金の種類	普通
	口座番号	
	口座名義(かた)	