

様式第5号

総社市特別の理由による任意予防接種費用助成申請書

年 月 日

総社市長 様

申請者（保護者） 住所  
氏名

特別の理由による任意予防接種費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

被接種者	フリガナ氏名	
	生年月日	年 月 日 (満 歳)
	住所 電話番号	総社市 ☎ ( ) -
	保護者氏名	続柄 ( ) (申請者が被接種者本人の場合、記入不要)
接種医療機関	住所 医療機関名	

接種日	ワクチンの種類	支払金額小計	市記入欄	
			助成上限額	助成決定額
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
合計金額		円	円	

※太枠内には記入しないでください。

- 【添付書類】 1 接種した医療機関等の領収書原本（接種したワクチンの種類が分かるもの）  
2 予診票の写し（接種時に使用したもの） 3 その他市長が必要と認める書類

金融機関の名称	( ) 銀行・信用金庫・農協 ( ) 本店・支店・支所						
預金種別と 口座番号	普通預金	口座番号					
	当座預金						
フリガナ							
口座名義人							

※口座名義人は、申請者と同一としてください。