

小金井市予防接種再接種費用助成金交付申請書兼請求書

（宛先）小金井市長

申請者 住 所
氏 名 ④
（被接種者との関係）
電 話（ ） —

予防接種再接種費用の助成を受けたいので、小金井市予防接種再接種費用助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請・請求します。

なお、助成を受けるために必要な範囲内において、市の住民基本台帳との照合及び医療機関等へ確認することに同意します。

記

被接種者名	氏 名	
	生年月日	
	住 所	
接種医療機関	名 称	
	所 在 地	
	電話番号	（ ） —

助成対象となる予防接種名	予防接種を受けた日	支 払 額 (領収書の額)	※市使用欄
	年 月 日	円	
	年 月 日	円	
	年 月 日	円	
	年 月 日	円	
	年 月 日	円	
	年 月 日	円	
	年 月 日	円	
	年 月 日	円	
	年 月 日	円	

小金井市予防接種再接種費用助成金口座振替依頼書

助成金については、次の口座に振り込んでください。

振 込 先 金 融 機 関	店番号	口座番号（普通口座）
銀行	本 ・店 支	
信用金庫		口座名義 (カタカナ)
農協		口座は、原則申請者名義のものに限ります。

- （注1）添付書類 ①領収書（再接種の種類及び自己負担額が確認できるもの）の原本
②予防接種の接種歴が確認できる書類（母子健康手帳、予防接種済証等）
③医師による意見書（様式第2号）
④その他市長が必要と認める書類
- （注2）助 成 額 各予防接種の自己負担額と助成上限額のいずれか低い方の金額
- （注3）申 請 期 間 予防接種を受けた日から1年間
- （注4）振 込 先 原則として費用を負担した者（申請者）の口座
申請者の口座がない場合は、委任状を提出（様式任意）