

予防接種費支給申請書

年 月 日

久留米市長 あて

申請者 住所

氏名

（被接種者との続柄： ）

電話

下記のとおり定期予防接種を受けたので、久留米市予防接種費支給要綱第4条に基づき、予防接種費用の支給を申請します。

記

1. 被接種者

フリガナ			生 年 月 日
氏 名			年 月 日
住 所	（申請者と同じ場合は省略できます。） 久留米市		
滞在先住所			
接種医療機関	医療機関名	住所	

2. 申請額

*本市が自己負担額を徴収する予防接種については、領収書の金額から本市の自己負担額を引いた額を(ア)に記載。

予防接種の種類	接種年月日	領収書等の金額 (ア)	上限額 (イ)	申請額 (ア)と(イ)の低い額
	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
	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
	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
申請額合計				円

3. 支払方法 右のいずれかに○をつけてください。 口座 ・ 現金

*口座振替を希望される場合は、下記の事項を記入してください。

金融機関名		銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・支店 支所・出張所		市受付印
種目	1 普通 2 当座 3 貯蓄	口座番号 (右詰めで記入)				
フリガナ						
口座名義 (申請者名義)						