

第5号様式（第9条関係）

大府市長 殿

大府市医療行為により免疫を失った場合の
定期予防接種再接種費補助金実績報告書兼請求書

年 月 日

大府市医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種費補助金について、大府市医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種実施要綱第9条の規定に基づき、下記のとおり報告し、交付を請求します。

なお、この申請に関し、大府市長が、市の保有する私及び私の世帯に関する個人情報（住民基本台帳情報、予防接種情報等）を利用することに同意します。

記

申請者 (保護者)	氏名	生年月日	住所（電話番号）	
		年 月 日	(Tel)	
予防接種を 受けた者	(フリガナ) 氏名	生年月日	住所	
	()	年 月 日	(※申請者と同じ場合は記入の必要はありません)	
予防接種を受 けた医療機関	医療機関名	所在地（電話番号）		
		(Tel)		
接種日	受けた予防接種の種 類	予防接種を受けた医療機関に 支払った額	補助金交付決定額（記入しないで ください）	
年 月 日		円	円	
年 月 日		円	円	
年 月 日		円	円	
合 計		円	円	
振込先（金融機関名）			口座番号	(フリガナ) 口座名義人
銀行		支店	普通	()
信用銀行			・	
農協			当座	
ゆうちょ銀行		店	記号..... 番号.....	()

- (注) 1. 太枠のみに記入してください。
2. 振込先は申請者名義のものにしてください。
申請者と口座名義人が異なる場合は、委任状が必要になります。
3. 添付書類
- (1) 予防接種の接種医療機関名、種類及び接種日が記載された領収書
- (2) 予防接種予診票（接種時に使用し、接種医及び保護者の署名等必要事項が記載されているもの）又は予防接種済証の写し