

任意予防接種費用助成申請書兼請求書

令和 年 月 日

富良野市長 様

申請者 (保護者)	住 所	富良野市
	氏 名	
	電話番号	

下記の任意予防接種を接種しましたので、関係書類を添えて、任意予防接種費用の助成申請及び請求をいたします。

なお、申請者と口座名義人が違う場合は、下記口座名義人に助成金受領の権限を委任します。

また、この申請内容について、市が保有する個人情報を開覧・調査すること、及び接種した内容について接種医療機関に照会することに同意します。

接種者氏名		(ふりがな)	生年 月 日	平成 ・ 令和 年 月 日
助成申請額		円 ※①～③の合計額		
予防接種名		接種日	接種金額 ※	助成申請額
おたふくかぜ	回目	令和 年 月 日	円	※接種金額と 3,500 円のいずれか少ない額 円 ①
	1 回目	令和 年 月 日	円	※接種金額と 1,000 円のいずれか少ない額 円 ②
インフル エンザ	2 回目	令和 年 月 日	円	※接種金額と 1,000 円のいずれか少ない額 円 ③

【振込指定口座】

金融機関名	普通・当座	口座番号	
銀行・農協・信用金庫 支店	口座名義 人	(カナ)	
労働金庫・信用組合 支所			

※必要添付書類：医療機関の発行した予防接種費用の領収書（原本又は写し）、
母子健康手帳「予防接種の記録」欄の写し

※市処理欄 （以下の欄は記入しないでください。）

申請書受理日	令和 年 月 日
審査結果	助成決定 ・ 申請却下
助成決定日	令和 年 月 日
助成決定額	円

審査担当者

助成申請書兼請求書

令和 年 月 日

富良野市長 様

申請者 (保護者)	住所	富良野市
	氏名	印
	電話番号	

下記の任意予防接種を接種しましたので、関係書類を添えて、任意予防接種費用の助成申請及び請求をいたします。

なお、申請者と口座名義人が違う場合は、下記口座名義人に助成金受領の権限を委任します。

また、この申請内容について、市が保有する個人情報を開覧・調査すること、及び接種した内容について接種医療機関に照会することに同意します。

接種者氏名		(ふりがな)	生年 月日	年 月 日
助成申請額		円 ※①～⑧の合計額		
予防接種名		接種日	接種金額 ※	助成申請額
ロタウイルス ワクチン (1価)	1回目	年 月 日	円	※接種金額と7,500円のいずれか少ない額 円 ①
	2回目	年 月 日	円	※接種金額と7,500円のいずれか少ない額 円 ②
ロタウイルス ワクチン (5価)	1回目	年 月 日	円	※接種金額と5,000円のいずれか少ない額 円 ③
	2回目	年 月 日	円	※接種金額と5,000円のいずれか少ない額 円 ④
	3回目	年 月 日	円	※接種金額と5,000円のいずれか少ない額 円 ⑤
おたふくかぜ	回目	年 月 日	円	※接種金額と3,500円のいずれか少ない額 円 ⑥
インフル エンザ	1回目	年 月 日	円	※接種金額と1,000円のいずれか少ない額 円 ⑦
	2回目	年 月 日	円	※接種金額と1,000円のいずれか少ない額 円 ⑧

【振込指定口座】

金融機関名	普通・当座	口座番号	
銀行・農協・信用金庫 支店	口座名義人	(カナ)	
労働金庫・信用組合 支所			

※必要添付書類：医療機関の発行した予防接種費用の領収書（原本又は写し）、
母子健康手帳「予防接種の記録」欄の写し

※市処理欄（以下の欄は記入しないでください。）

申請書受理日	年 月 日	審査担当者
審査結果	助成決定 ・ 申請却下	
助成決定日	年 月 日	
助成決定額	円	