第３号様式（第７条関係）

藤枝市県外等の医療機関における予防接種費助成金交付申請書兼請求書

藤　枝　市　長

申請者　申 請 日　　年　　月　　日

住　所	〒
氏　名	
電　話	

藤枝市県外等の医療機関における予防接種費助成金交付要綱第７条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。※太枠内記入

（フリガナ）		（　　）			生年月日	年　　月　　日						
接種者氏名												
住　　所		□申請者と同じ	〒									
実施機関名												
振込先	金融機関名	金融機関コード		銀行 金庫 農協		支店コード		本店 支店 出張所				
	預金種別	普通・当座		口座番号 （右づめ）								
	口座名義人 （ｶﾀｶﾅ）											

※口座名義人が申請者と異なる場合は、**委任状**が必要です。

予防接種名	接種費用① （支払った金額　※B類疾病は自己負担金を控除した額）	助成上限額② （委託医療機関で接種した場合に藤枝市が負担する額）	助成額 （①と②で少ない額）	接種日
	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

交付決定額	円	交付決定日	年　　月　　日