

様式第 1 (第 3 条関係)

岩倉市予防接種助成申請書

年 月 日

岩倉市長 殿

(申請者)

住 所

氏 名

電話番号

岩倉市予防接種助成事業実施要綱第 3 条に基づき、下記のとおり申請します。

予 防 接 種 名	
被 接 種 者 住 所	
被 接 種 者 氏 名	
生 年 月 日	年 月 日生 ( 歳 月)
受 診 先 医 療 機 関 名 住 所 電 話	
上 記 医 療 機 関 で 接 種 を 希 望 す る 理 由	

第 号  
年 月 日

様

岩倉市長

印

岩倉市予防接種助成決定通知書

年 月 日付けで申請のありました予防接種助成については、  
下記のとおり接種を受けることを認めます。

記

予 防 接 種 名	
被 接 種 者 住 所	
被 接 種 者 氏 名	
生 年 月 日	年 月 日生（ 歳 ヶ月）
受 診 先 医 療 機 関 名	
住 所	
電 話	

第 号  
年 月 日

様

岩倉市長

印

岩倉市予防接種助成却下通知書

年 月 日付けで申請のありました予防接種助成については、  
下記のとおり却下しましたので通知します。

却 下 の 理 由	
-----------	--

様式第4（第5条関係）

岩倉市予防接種助成金請求書

年 月 日

岩倉市長 殿

金 \_\_\_\_\_ 円

上記のとおり予防接種に要した費用を請求します。

（請求者）

住 所

氏 名

領収証明書

接種を受けた者の氏名	
接種を受けた者の生年月日	

上記の者が予防接種したことを証明します。

内訳

予 防 接 種 実 施 日	予 防 接 種 名	金 額
	合 計 金 額	

年 月 日

上記の金額を領収したことを証明します。

医療機関住所

医療機関名

医療機関電話番号

医師氏名

振込先金融機関名	預金種類	口座番号	フリガナ
支店			