

様式第4（第8条関係）

岩倉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助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

岩倉市長 殿

申請者 住所
氏名
電話番号

定期予防接種再接種費助成対象者として認定を受け、予防接種実施機関において予防接種再接種を受けましたので、下記のとおり岩倉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助成金の交付を申請します。

記

申請額	金	円	交付決定額	金	円
※太枠の交付決定額は市で記入しますので、記入しないでください。 ※申請額は、接種に要した費用又は 円のどちらか低い方の金額です。					
(振込先) 金融機関	銀行 信用金庫 支店 農協				
口座種別	普通 当座				
口座番号					
(フリガナ)					
口座名義人					

(注) 口座名義人は、申請者としてください。

- 添付書類 1 領収書（接種に要した費用が分かるもの）
2 母子健康手帳の写し又は接種済証（予防接種再接種を受けたことが分かるもの）