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	
接種を受ける者の住所	
接種を受ける者の氏名	
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	

様式第２（第４条関係）

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	
接種を受ける者の住所	
接種を受ける者の氏名	
生年月日	年　月　日生（　　歳　　ヶ月）
受診先医療機関名 住所 電話	

様式第３（第４条関係）

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	口座名義（フリガナ）
支店			