様式第３号（第５条関係）

年　　月　　日

（宛先）桑名市長

（申請者）
住　所　〒
桑名市
氏　名
（被接種者との続柄　　）
電話番号　　（　　）

予防接種県外接種費用助成申請書

予防接種県外接種費用の助成について、桑名市予防接種県外接種費用助成事業要綱第５条の規定により下記のとおり申請します。

被接種者名				
生年月日	年　　月　　日			
被接種者住所				
接種医療機関				
予防接種の種類	接種年月日	支払金額（A）（税込額）	桑名市の接種料金（B）	申請額（AとBのいずれか低い額）
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
申請額（合計）				円

振込先	銀行 農協 信金 金庫	本店 支店 出張所	預金種別	口座番号						
			１　普通 ２　当座							
	フリガナ									
	口座名義人									

私は、上記の口座名義人に予防接種県外接種費用助成金の受取を委任します。

年　　月　　日　　申請者氏名

※　申請者と口座名義人が異なる場合は、上欄の委任状に申請者の署名が必要です。
※　領収証及び予診票を添付してください。