県外医療機関定期予防接種助成金交付申請書兼請求書

（あて先）飯塚市長　　年　　月　　日

県外医療機関定期予防接種助成金の交付を申請し交付金の請求をいたします。なお、この申請の審査のため、私の住民基本台帳を閲覧することに同意します。

申請者　氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　生年月日＿＿＿＿年　　月　　日

住所　飯塚市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被接種者　氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日 ＿＿＿＿年　　月　　日（　　歳　　か月）

申請額　金＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円也

※申請できるのは接種を受けた本人、又はその保護者に限ります。

※18 歳以上の被接種者と異なる者が申請する場合や、申請者と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合は、2 ページ目の委任状に記入をしてください。

【提出書類】

□申請者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し

（例）申請時住所記載の運転免許証、健康保険証（両面）などいずれかひとつ

（注意）申請者と被接種者が異なる場合は双方のものが必要

□県外で接種した医療機関の領収書・明細書の写し

□予診票原本または写し

□振込指定口座の通帳の写し（支店名、口座番号がわかるように）

（振込指定口座）

私が受領する交付金については、下記指定口座への振込みをお願いします。

振込先口座	金融機関名	銀行　本店 信用金庫　支店 農協　支所
	預金種別	普通　・　当座
	口座番号	
	フリガナ	
	口座名義人	

18 歳以上の被接種者と異なる者が申請する場合や、申請者と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合は、下欄の記入を必ずお願いします。

委任状

年　月　日

委任者

住所

氏名

私は県外医療機関定期予防接種助成金交付において下記の者を代理人と定め、

（　申請（請求）　・　受領　）に関する一切の権限を委任します。

※委任する項目に〇をつけてください

受任者

住所

氏名