

多賀城市予防接種費用助成金実績報告書兼請求書

年 月 日

多賀城市長 殿

（郵便番号： — ）

[住所]
多賀城市

ふりがな
申請者 [氏名]

[被接種者との続柄]

[連絡先電話番号]（ ） —

多賀城市予防接種費用助成金交付要綱第6条の規定に基づき、次のとおり実績報告をするともに、助成金を請求します。また、当該助成金については下記口座まで入金願います。

なお、助成を受けるに当たり必要があるときは、多賀城市が住民基本台帳閲覧や医療機関に確認を行うことに同意します。

記

被接種者 (予防接種を受けた人)	ふりがな 氏 名							
	生年月日	年 月 日						
	住 所	〒 — 多賀城市						
予防接種の種類		接種年月日			接種料金		助成金額（市記載）	
					円		円	
					円		円	
					円		円	
					円		円	
					円		円	
					円		円	
					円		円	
合計金額					円		円	
接種を受けた医療機関名								
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協			支店名		本店 支店 出張所	
	口座の種類	普通・当座			(ふりがな) 口座名義人			
	口座番号							(左詰記入)

《添付書類》 ①領収書②予診票（原本）③生活保護受給証（生活保護受給者のみ）
《持参するもの》 通帳（金融機関名、支店名、申請者本人の口座番号が確認できるもの）