

定期

金沢市 定期予防接種費助成金交付申請書

(宛先) 金沢市長

申請日

□□年□□月□□日

助成金の交付を受けたいので、金沢市里帰り等定期予防接種費助成金交付要綱の規定に基づき、定期予防接種費助成の確認に必要な住民情報の記録を市長が調査することに同意し、次のとおり申請します。

申請者	住所		
	氏名 (保護者)	ふりがな 被接種者との続柄	①
	連絡先	— — (日中連絡可能な電話番号)	

被接種者	住所	金沢市		
	氏名 (乳児)	ふりがな	生年月日	接種日に満1歳未満の幼児が対象 □□年□□月□□日
助成申請金額		□□, □□	円	(予防接種内訳書の合計金額を記入)

振込依頼口座	① 届出済の子育て支援医療費助成の振込口座 (口座記入は不要)				①又は② を記入
	② 下記の振込口座 (振込口座を記入してください)				
	金融機関名 コード	銀行 信用金庫 信用組合 農 協	本支店名 コード	本店 支店 支所	
普通預金	口座番号	フリガナ	申請者の口座のみ		
1	□□□□□□□□	□□□□□□□□			

- ・接種日に金沢市に住民登録のある0歳児が県外で接種した定期予防接種費を助成します。
- ・県外で定期予防接種を受けるときは、健康政策課から事前に「予防接種実施依頼書」の交付を受けてください。
- ・ワクチン名が分かる領収書(原本)と母子健康手帳の予防接種欄の写し、予診票(原本又は写し)、「予防接種内訳書」を必ず添付してください。(領収書コピー不可)
- ・申請期限は、接種日の1年後の月末までです。
- ・健康政策課に郵送又は提出するか、泉野、元町、駅西福祉健康センターへ提出してください。
- ・問い合わせ先：金沢市健康政策課 TEL(076)220-2701

市 使 用 欄	申請者No. (保護者)	□□□□□□□□
	被接種者No. (子ども)	□□□□□□□□