様式第３号（第５条関係）

大野城市定期予防接種等費用助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

大野城市長　宛

申請者
住　所

氏　名
（被接種者との続柄等：　　）

定期予防接種等費用の助成金の交付を受けたいので、大野城市定期予防接種等費用助成金交付要綱（令和７年要綱第43号）第５条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

１　被接種者

ふりがな 氏 名		生年 月日	年　　月　　日

２　対象予防接種

予防接種の 種類	
接種日	
接種施設名	

３　交付申請額　　円　※必ずワクチン別の助成上限額を確認して記入してください。

４　振込先　　※申請者の口座

金融機関名		支店名	
預金種別	普通　・　当座	口座番号	
ふりがな 口座名義人			

【添付書類】

□ 予防接種の領収書の写し
□ 予防接種の記録が記載されたもの（母子健康手帳、予防接種済証等）の写し
□ 申請者の本人確認書類の写し
□ 振込先口座の通帳又はキャッシュカードの写し
□ その他市長が必要と認める書類