

酒田市長 宛

令和〇年〇〇月〇〇日

償還払い支給申請書兼請求書

申請者住所 酒田市 船場町2丁目1-30
氏名 酒田小波
電話 (日中連絡先) XXX-XXXX-XXXX

下記の通り申請します。

Table with columns: 被接種者, 氏名, 性別, 生年月日, 申請額. Includes checkboxes for pregnancy status.

【申請額内訳】

※太枠は担当課で記入

Table with columns: 内訳, 実施日, 接種料金 (A), 助成限度額 (B), 申請額. Includes a summary row for total application amount.

《振込先》

Form for bank transfer details including financial institution name, account type, and account number.

《添付書類》

- (1) 接種した医療機関等の領収書の原本
(2) 抗体検査結果の写し、予防接種済証の写し又は予防接種が証明できるもの
(3) 妊娠を希望する女性の夫及び同居家族の場合は、女性の抗体検査の結果の写し
(4) 妊婦の夫及び同居家族の場合は、当該妊婦の母子健康手帳の抗体検査結果の写し

【委任状】申請者と口座名義人が異なる場合記入してください。

酒田市会計管理者あて 住所 酒田市船場町2丁目1-30
氏名 酒田小波
私は 酒田健 を代理人と定め、下記の権限を委任します。

申請者と振込先の口座名義人が同じ場合は記入不要です。

記

予防接種費用助成の受領に関する一切の件