

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

申請者 [氏名] ふりがな

[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

Table with columns for recipient name, birth date, address, vaccination type, date, fee, and subsidy amount. Includes a section for bank transfer details with columns for financial institution, branch, account type, and account number.

《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）