

予防接種（Ｂ類疾病）費用助成申請書兼請求書及び課税状況閲覧同意書

令和 年 月 日

泉 南 市 長 様

住 所 _____

申請者 氏 名 _____ ⑩

電話番号 _____

予防接種を受けましたので、次のとおり関係書類を添えて予防接種費用の助成を申請及び請求します。申請に係る審査に必要があるときは、被接種者が泉南市に住民票があること等を関係機関に確認することを承諾し、世帯に係る市民税の課税状況を閲覧することに同意します。助成金は下記の指定振込口座へ振り込みをお願いいたします。

（接種者本人名義以外の口座を指定する場合は、ご相談ください。）

※太枠内をご記入ください。

接種者名	男 ・ 女											
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 （ 歳）											
住 所	泉南市											
予防接種名												
接種日	年 月 日			個人負担額			円					
金融機関名	銀行 本店 信用金庫 支店 信用組合 出張所 農 協											
預金種別	普通・当座			(ふりがな) 口座名義人								
口座番号 (左づめ)	店番号			口座番号								

※添付書類（申請書と一緒に提出して下さい。）

- ①予防接種を行った医療機関の発行する領収書（コピー不可）
- ②予診票
- ③本人確認ができる証明書（運転免許証・マイナンバーカード・介護保険者証等の写し）
- ④本人以外が申請する場合は委任状
- ⑤代理の方の確認ができる証明書の写し（運転免許証・マイナンバーカード・介護保険者証等の写し）
- ⑥振込先写し

※申請期間：令和8年10月1日から令和9年2月1日まで

※必ず令和9年2月1日までに泉南市立保健センターへご提出ください。

※以下は記入しないで下さい。

受付日 年 月 日

住民票有無	有・無	課税状況	非課税世帯 ・ 課税世帯 ・ 生活保護		
必要書類	☐ 領収書 ☐ 予診票 ☐ 本人以外が申請する場合は委任状				
本人確認	☐ マイナンバーカード（写） ☐ 介護保険者証カード（写） ☐ その他（ ）				
申請者確認	☐ 運転免許証・マイナンバーカード・その他（ ）				
助成決定額	金 円				

（受付者サイン ）