

日進市任意予防接種費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

日進市長 宛て

申請者 住所
 氏名
 被接種者との続柄 本人・()
 電話番号

日進市任意予防接種費補助金交付要綱第9条の規定により、次のとおり申請及び請求をします。

予防接種の種類	<input type="checkbox"/>	不活化ワクチン(シングリックス) 1回目
	<input type="checkbox"/>	不活化ワクチン(シングリックス) 2回目
	<input type="checkbox"/>	生ワクチン(ビケン)
	<input type="checkbox"/>	肺炎球菌ワクチン
被接種者氏名		
生年月日(年齢)	年 月 日 (歳)	
接種年月日	予防接種名()	年 月 日
	予防接種名()	年 月 日
	予防接種名()	年 月 日
医療機関名		
請求金額	金 円	
振込先金融機関名	銀行	支店
	農業協同組合	
	信用金庫	
口座番号	普通・当座	
フリガナ		
口座名義人		

振込先の口座名義を申請者以外の者とする場合は、次の委任欄に記入が必要です。

委任欄
申請者(委任者) 氏名 _____
私は、上記補助金の受領に関することを以下の者に委任します。
受任者 住所 _____
氏名 _____ (申請者との続柄 _____)

<添付書類>

- 1 任意予防接種を受けたことを証明する領収書等
- 2 生活保護世帯受給証明書(生活保護世帯に属する者に限る。)
- 3 振込先口座がわかるもの(郵送の場合は写しを添付、窓口の場合は確認後返却)