

**記入例**

（原則）申請者と口座名義人は同一でご記入ください。違う場合は一番下の委任欄に記入してください。

請求日の日付は健康課（保健センター）に提出する日をご記入ください。

年 月 日

日進市長 宛て

申請者 住所 日進市岩崎町兼場101-1  
 氏名 日進 太郎  
 被接種者との続柄 本人（ ）  
 電話番号 0561-72-0770

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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 肺炎球菌ワクチン
被接種者氏名	日進 太郎
生年月日(年齢)	昭和 □ 年 × 月 △ 日 (○○ 歳)
接種年月日	予防接種名(シングリックス 1回目) 令和○年△月△日
	予防接種名(シングリックス 2回目) 令和○年□月□日
	予防接種名(肺炎球菌ワクチン) 令和○年×月×日
医療機関名	〇〇クリニック
請求金額	金 〇,〇〇〇
振込先金融機関名	銀行
	△△△ 農業協同組合 信用金庫 △△△ 支店
口座番号	普通 当座 1 1 1 1 1 1 1
フリガナ	ニッシン ハナコ
口座名義人	日進 花子

シングリックス 1回 10,000円  
 ビケン 1回 4,000円  
 肺炎球菌ワクチン 1回 3,000円

（原則）申請者と口座名義人は同一でご記入ください。違う場合は一番下の委任欄に記入してください。

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	日進 太郎
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	日進市岩崎町兼場101-1
氏名	日進 花子 (申請者との続柄 妻)

<添付書類>

- 任意予防接種を受けたことを証明する領収書等
- 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。）
- 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）