

日進市任意予防接種費補助金交付申請書兼請求書

令和〇年〇月〇日

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 花子**
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 (回数)	不活化ワクチン（シングリックス） 1回目 ・2回目 生ワクチン（ビケン）	
被接種者氏名	日進 花子	
生年月日（年齢）	昭和 △ 年 △ 月 △ 日 （ 50 歳）	
接種年月日	令和 □ 年 □ 月 □ 日	
医療機関名	日進保健クリニック	
請求金額	金 円	
振込先金融機関名	銀行 〇〇〇 農業協同組合 信用金庫	××× 支店
口座番号	普通 当座 × × × × × × × ×	
フリガナ	ニッシン ハナコ	
口座名義人	日進 花子	

請求金額は、接種したワクチンにより
上限額が異なるため、注意してください。

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	_____
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。）