

第2号様式（第9条関係）

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 (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								
生年月日（年齢）	年		月		日		（ 歳）	
接種年月日	年		月		日			
医療機関名								
請求金額	金 円							
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							
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。）