

様式第1号（第5条関係）

令和 年 月 日

下妻市長 様

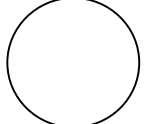
申請者 氏 名 \_\_\_\_\_ ㊟

(続柄： )

電話番号 \_\_\_\_\_

予防接種費用助成金交付申請書

捨印



下記のとおり、予防接種費用助成金の交付を受けたく申請します。

【接種者について】

住 所	下妻市		
フリガナ			
接種者氏名			
生年月日・年齢	昭和 年 月 日 (満 歳)		
予防接種名	高齢者インフルエンザ予防接種		
実施医療機関名			
接種年月日	令和 年 月 日		
予防接種に要した費用	(合計) 円	※(市記入欄) 助成金額	円

【振込先口座】

<金融機関（ゆうちょ銀行以外）>

金融機関コード				支店コード			
金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協 その他( )			支店名	支店 支所 出張所		
預金種別	1 普通 2 当座	口座番号					
口座名義（カタカナで記入。姓と名は一字空ける）							

<ゆうちょ銀行>

店番		口座番号（左詰めで記入）					
支店	—						
口座名義（カタカナで記入。姓と名は一字空ける）							

※ 添付書類

- (1) 予防接種費用を支払ったことを証する書類（領収書）
- (2) 予防接種予診票又は予防接種予診票の写し
- (3) 予防接種の記録が記載されたもの（母子健康手帳又は予防接種済証）