

三郷市任意予防接種費助成金交付申請書

三 郷 市 長 あて

現 住 所

申 請 者



電 話 番 号

三郷市任意予防接種費助成金を下記のとおり申請します。

助成金の交付が決定された際は、下記の口座に振込みをしてください。

なお、この助成金の交付決定にあたり、審査に必要な情報(住民基本台帳、予防接種の実施状況等)について関係機関等に確認することについて同意します。

記

被接種者	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	三郷市		
医療機関名				
種別	助成対象者と助成回数	接 種 日	接 種 費 用	
おたふくかぜ ワクチン	満1歳から義務教育就学前までの者 1回	年 月 日	円	
申 請 額	接種費用が2,000円以上の場合は2,000円 接種費用が2,000円未満の場合は接種費用と同額		円	

助成金の振込先(記入欄に相違があると振込ができませんので注意して記入してください)

金 融 機 関 名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・支店
口 座 種 別	普通・当座	口 座 番 号	
口 座 名 義	フリガナ		

※ 申請者欄の氏名を自署により、署名いただいた場合は押印不要です。

※下記の欄には記入しないでください。

受付日	確認欄	受付者	
	<input type="checkbox"/> 領収書等の原本【宛名・日付・発行機関・金額の確認】 <input type="checkbox"/> 接種済証または母子健康手帳の写し 【接種者・接種日・ワクチンの確認】 <input type="checkbox"/> 申請者の本人確認書類		
		支払 決定日	