

接種者本人以外の口座に振込をする場合

様式第2号(第9関係)

予防接種費用助成申請書及び請求書

申請年月日と保護者氏名は空欄にしてください。

接種者本人の情報をご記入ください。

予防接種対象者等				
住 所	〒028-0000 久慈市〇〇町△-△△-△		申請年月日	記載しない
			有効期限	令和6年 3月 31日
			生年月日	昭和 年 月 日
フリガナ	ホケン スイシン		性 別	男
氏 名	保健 推進		医療機関に支払った額をご記入ください。	記載しない
予防接種の				
種 類	接種年月日	接種に要した費用	申請及び請求額	
肺 炎 球 菌	令和〇年〇月〇日	例：8,000 円	4,000 円	
	年 月 日	円	円	
		計	4,000 円	
成金振込先金融機関口座番号				
金融機関名		支店名	預金種別	口座番号
〇〇銀行		〇〇支店	普通・当座	〇〇〇〇〇〇
口座名義人（カタカナ）		保健 元気（ホケン ゲンキ）		
委任欄	下記申請者を代理人と認め、予防接種費用の助成申請及び受領に係る権限の一切を委任します。			
	年 月 日			
	委任者（保護者）氏名			

上記のとおり、予防接種費用助成による助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請及び請求します。

なお、請求金額が、規則第5条の規定により市長が決定した助成の金額と異なるときは、当該予防接種の助成の請求に関わる部分を取り下げ、新たに予防接種の助成を請求するものとします。

また、助成要件確認のため、久慈市が保有する個人情報について閲覧又は調査することを承諾します。

（宛先）久慈市長

振込先口座名義人の氏名等をご記入ください。
電話番号は日中連絡がつく番号をお願いいたします。

申請者 住 所 久慈市△△町〇-〇〇-〇
氏 名 保健 元気
電話番号 090-〇〇〇〇-△△△△

