

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

予防接種対象者等			
住 所	申請年月日	年 月 日	
	有効期限	年 月 日	
	生年月日	年 月 日	
フリガナ	性 別		
氏 名	保護者氏名		
予防接種の種類及び申請額等			
種 類	接種年月日	接種に要した費用	申請及び請求額
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
計			円
助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
		普通・当座	
口座名義人 (カタカナ)			
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

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____
 電話番号 _____