

名取市定期予防接種再接種費用助成金交付申請書

年 月 日

名取市長 様

申請者 住所
氏名 (続柄 本人・保護者)
※手書きしない場合は、記名押印してください。
電話番号
(日中連絡がとれる電話番号をご記入ください)

名取市定期予防接種再接種費用助成金事業実施要綱第5条第1項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。なお、市職員が助成金交付の資格審査のために必要な範囲において、医療機関へ聴取することに同意します。

対象者 (児)	(ふりがな) 氏名			生年月日	年 月 日 (歳)	
	住所	〒				
	電話番号	-				
予防接種の種類	定期接種	再接種	接種費用	基準額	助成額	
	年 月 日	年 月 日				
	年 月 日	年 月 日				
	年 月 日	年 月 日				
	年 月 日	年 月 日				
	年 月 日	年 月 日				
	年 月 日	年 月 日				
合計			円	円	円	
他の助成金受給	有 ・ 無					
振込先	銀行 信金 信組 農協 本店・支店・出張所		種別	普通 ・ 当座		
	口座番号					
委任欄 ※申請者と口座名義人が異なる場合	口座名義	(ふりがな)				
	私は、助成金の振込先が上記口座であることに異議ありません。 令和 年 月 日 申請者自書					

【添付書類】 ※下記1～4の写し

- 1 再接種が必要と医師が判断したことを証明する書類
- 2 定期予防接種歴が確認できるもの
- 3 再接種歴が確認できるもの
- 4 再接種に係る領収書



受付者 _____