

様式2

おたふくかぜ任意予防接種費用助成金申請書兼請求書

年 月 日

喜多方市長

様

住 所：

申請者氏名：

接種者との続柄：（ ）

連絡先：（日中連絡可能な電話番号）：

印

*スタンプ式不可

おたふくかぜ任意予防接種の費用助成金を交付されるよう申請(請求)します。
 なお、受領する助成金は下記口座へ振込みください。

住 所 (住民票のある所)			
接種者氏名	(ふりがな)	性別	男 ・ 女
生 年 月 日	年 月 日 (満 歳 ヲ月)		
申請者氏名	過去に市の助成 有 ・ 無		
接 種 日	令和 年 月 日		
接 種 種 医 療 機 関	名 称		
	所在地		
医療機関に 支払った金額	任意接種 円		
助成金請求額	4,000 円 ※一人1回のみ助成		
金融機関振込先 ※振込先の口座名義は申請者本人のものに限ります。			
金融機関名	銀行・金庫		支店
口座番号			普通 ・ 当座
ふりがな			
名 義 人 (申請者本人のみ)			

添付書類：振込先通帳の写し（金融機関名・支店名・口座名義人名・口座番号部分）、
 医療機関発行の予防接種の領収書、母子健康手帳記録写し

【以下、市使用欄】

審 査	給付決定額		円	給付決定月日
課 長	課長補佐	室 長	副主任主査・技査	年 月 日 担 当 者