

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 カ月)		
保護者氏名			
接種回数	おたふくかぜ接種 1回目 ・ 2回目	過去に市の助成 有 ・ 無	
接種日	令和 年 月 日		
検査・接種 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請求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(本人のみ)			

【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	副主任技査	年 月 日
				担当者