

かほく市任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

かほく市長

かほく市任意予防接種費用助成金の交付を受けたいので、かほく市任意予防接種費用助成金交付要綱の規定に基づき、本申請の審査に必要な住民情報等市長が調査することに同意し、次のとおり申請します。

(申請保護者)	住 所	かほく市																			
	フリガナ																				
	氏 名																				
	(署名又は記名押印)	続柄			電話番号																
被接種者(接種を受けた方)	住 所	かほく市 ※申請者と同じ住所の場合は記入不要																			
	フリガナ																				
	氏 名	生年月日 年 月 日																			
	申請するワクチン										接種日										
	インフルエンザ ※1回目は13歳未満										☐	1回目				年		月		日	
											☐	2回目				年		月		日	
	おたふくかぜ ※2回目は年長児										☐	1回目				年		月		日	
											☐	2回目				年		月		日	
	不活化ポリオ										☐						年		月		日
	風しん										☐	(風しん単独)				年		月		日	
											☐	(風しん麻しん)				年		月		日	
	RSウイルス 妊婦又は60歳以上										☐	1回目				年		月		日	
成人用肺炎球菌(23価を除く) ※65歳以上の方										☐						年		月		日	
										助成金申請(請求)額		金								円	

助成金振込口座	☐	① 届出済の子ども医療費助成金の振込口座 ※口座記入不要																		
	☐	② 下記の振込口座 ※振込口座【申請者名義の口座】を記入してください。※左詰め																		
	金融機関	銀行 信用金庫 農協										支店名				口座番号				
																	預金種別	普通		
	口座名義	(セイ)										(メイ)								