

日立市おたふくかぜ予防接種費助成金交付申請書

日立市長 殿

私は、おたふくかぜ予防接種を受けたため、日立市おたふくかぜ予防接種費助成要綱第5条第2項の規定に基づき、下記のとおり、接種費用の助成を申請・請求いたします。

1 申請者及び被接種者

申請者	茨城 太郎	被接種者との続柄	父
住所	日立市助川町1-1-1	電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
被接種者	茨城 花子	生年月日	2019年〇〇月△△日
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と違う場合は、 (町)	性別	男 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 女
接種年月日	2021年〇〇月 △△日	接種料金	7,000円
		助成金額（限度額4,000円）	4,000円

2 振込先（必ず申請者名義の振込口座を記入してください）

日立	銀行 信用金庫	日立	支店 出張所
口座の種類	普通 ・ 当座	フリガナ	イバラキ タロウ
口座番号	1234567	口座名義	茨城 太郎

3 添付書類

- 領収書の原本（被接種者氏名、接種日、接種料金、接種したワクチンが記載されているもの）
- 接種記録の写し（母子手帳の表紙と接種記録が分かる部分の写し）
- 通帳の写し（銀行・支店名、口座番号、口座名義人が確認できるもの）

《同意欄》

この申請に係る決定については、口座への振込をもって決定の通知とすることに同意します。また、申請金額に誤りがある場合は、助成の対象となる金額のみの支給となることに同意します。

申請者氏名 茨城 太郎