

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6条の規定に基づき、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	①	被接種者との続柄	
住所		電話番号	
被接種者		生年月日	年 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 ・ 女
接種年月日		接種料金	助成金額（限度額 4,000 円）
年 月 日		円	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）

	銀行 信用金庫	支店 出張所
口座の種類	普通・当座	フリガナ
口座番号		口座名義

3 添付書類

- (1) 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）
- (2) 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）
- (3) 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 _____