別記様式（第６条関係）

年　　月　　日

# 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 | 茨城　太郎（茨城） | 被接種者との続柄 | 父 |
| 住所 | 日立市助川町１－１－１ | 電話番号 | ○○○－○○○○－○○○○ |
| 被接種者 | 茨城　花子 | 生年月日 | 2019 年○○月△△日 |
| 住所 | □申請者と同じ<br>□申請者と違う場合は、<br>（　　町　　） | 性　別 | 男　・　女 |

| 接種年月日 | 接種料金 | 助成金額（限度額 4,000 円） |
|---|---|---|
| 2020 年○○月△△日 | ７，０００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 | ﾌﾘｶﾞﾅ | 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

(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　茨城　太郎