様式第３号（第10条関係）

御前崎市おたふくかぜワクチン予防接種費

助成金交付申請書兼請求書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　御前崎市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

申 請 者　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　被接種者との関係〔　　　　　　　〕

　下記のとおり御前崎市おたふくかぜワクチン予防接種費助成金交付要綱第10条第２項に基づき、助成金の交付を申請し、次のとおり請求します。なお、この申請内容について御前崎市が保有する個人情報を閲覧・調査すること、及び接種した医療機関等に接種内容について問い合わせることに同意します。　　　　　　　　　　　　　　　　（太枠内を記入）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被 接 種 者 | 住　　所 | 御前崎市（電話番号　　　　　　　　　　　） |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 接種ワクチン | おたふくかぜワクチン |
| 接種医療機関名 |  |
| 接　 種 　日 | 　　　年　　月　　日 | 接種費用 | 　　　　　　　　　　　円 |
| 振 込 先 口 座 | 金融機関名 | 　　　　　銀行　　　　本店　　　　　信金　　　　支店　　　　　農協　　　出張所 | 口座種別　　　普通　・　当座 |
| 口座番号（右づめで御記入ください。） |
|  |  |  |  |  |  |  |
| （フリガナ） |  |
| 口 座 名 義 |  |
|  |  |  | 助成金額 | 円 |

※添付書類　・接種医療機関が発行した領収書

・おたふくかぜワクチン予防接種を受けたことを証明する書類の写し

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職員記入欄 | 受 付 日 | 担　当 |
| 月　 　日 | 　　　　　　 |