

年 月 日

狛江市長 宛て

申請者 氏

住所

氏名

（被接種者との続柄： ）

電話番号（ ） ー

狛江市特別な理由による予防接種の再接種費用助成金交付申請書

狛江市特別な理由による予防接種の再接種費用助成金交付要綱第5条第1項の規定により下記のとおり、助成金の交付を申請します。

なお、申請者と口座名義人が異なる場合は受領を口座名義人に委任します。

また、申請内容について市が保有する個人情報について閲覧・調査すること及び医療機関に問い合わせることに同意します。

記

1. 交付申請額

交付申請額	円	※明細書の申請合計額を記入してください。
-------	---	----------------------

2. 被接種者（予防接種対象者）

氏名	
住所	
生年月日	年 月 日

3. 振込口座

金融機関名	銀行・金庫 組合・農協
支店名	本・支店
口座番号 (該当する□に✓)	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
フリガナ	
口座名義人	

・明細書の裏に貼付する領収書は原本とし、各予防接種料金の内訳が分かるものも添付してください。

・申請期限は、予防接種後2年間です（必着）。

・振込先の情報は、通帳等で確認し正確に記載してください。記入いただいた情報に誤りがある場合、入金が遅れる場合があります。