

様式第3号（第9条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）
菊川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

菊川市長 宛

申請者 住 所
(保護者) 氏 名
電 話
被接種者との関係〔 〕

下記のとおり菊川市おたふくかぜワクチン予防接種費助成金交付要綱第9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菊川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	菊川市					
	ふりがな			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	口座種目 普通・当座・その他			
		信金	支店	口座番号(右づめで御記入ください。)			
		農協	出張所				
	ふりがな						
	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	