

魚沼市任意予防接種費用助成申請書

年 月 日

魚沼市長

申請者(保護者)

住 所
氏 名 (被接種者との続柄) ⑨
電話番号 — —

次のとおり任意の予防接種を受けましたので、助成金の交付を申請します。

なお、助成を受けるにあたり必要があるときは、魚沼市が住民基本台帳の閲覧や医療機関へ確認を行うことに同意します。

交付申請額		円		
被接種者	住 所	魚沼市		
	フリガナ			
	氏 名	(男・女)		
	生年月日	年 月 日生		
予防接種の種類		接種区分	医療機関に支払った費用	助成額
おたふくかぜ		1回目	円	1回あたり 2,000円
		2回目	円	
季節性インフルエンザ		1回目	円	
		2回目	円	
振込先	金融機関名	銀行・組合 農協・金庫		本店 支店
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人 (申請者)			

※以下の欄は記入しないでください。(市使用欄)

次のとおり決定します。		課長	係長	担当	伺 . .
助成決定額	円				