

かほく市任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

かほく市長

かほく市任意予防接種費用助成金の交付を受けたいので、かほく市任意予防接種費用助成金交付要綱の規定に基づき、本申請の審査に必要な住民情報等市長が調査することに同意し、次のとおり申請します。

(保護者)申請者	住所	かほく市										
	フリガナ											
	氏名 (署名又は記名押印)	続柄			電話番号							
被接種者(接種を受けた方)	住所	かほく市 <small>※申請者と同じ住所の場合は記入不要</small>										
	フリガナ					生年月日						
	氏名					年		月		日		
	申請するワクチン					接種日						
	成人用肺炎球菌(13価・15価) ※65歳以上の方	<input type="checkbox"/>	/				年		月		日	
	インフルエンザ <small>※2回目は13歳未満</small>	<input type="checkbox"/>	1回目				年		月		日	
		<input type="checkbox"/>	2回目				年		月		日	
	おたふくかぜ <small>※2回目は年長児</small>	<input type="checkbox"/>	1回目				年		月		日	
		<input type="checkbox"/>	2回目				年		月		日	
	不活化ポリオ	<input type="checkbox"/>	/				年		月		日	
	風しん	<input type="checkbox"/>	(風しん単独)				年		月		日	
<input type="checkbox"/>		(風しん麻しん)				年		月		日		
帯状疱疹 <small>ビケン(生ワクチン)</small>	<input type="checkbox"/>	1回目				年		月		日		
	<input type="checkbox"/>	<small>シングリックス</small>				年		月		日		
	<input type="checkbox"/>	<small>(不活化ワクチン)</small>				年		月		日		
					助成金申請(請求)額	金				円		

助成金振込口座	<input type="checkbox"/>	① 届出済の子ども医療費助成金の振込口座 ※口座記入不要									
	<input type="checkbox"/>	② 下記の振込口座 ※振込口座【申請者名義の口座】を記入してください。※左詰め									
	金融機関	銀行 信用金庫 農協			支店名	口座番号					
		/					預金種別	普通			
口座名義	(セイ)					(メイ)					