

別記

様式第1号(その1)(第5条関係)

(風しんワクチン用)

年 月 日

佐倉市任意予防接種費用助成申請書

(宛先) 佐倉市長

申請者 氏名 \_\_\_\_\_ ⑩  
 住所 佐倉市 \_\_\_\_\_  
 電話 \_\_\_\_\_

佐倉市任意予防接種費用助成事業実施規則第5条の規定により、任意予防接種に要した費用の助成を申請します。

フリガナ		生年月日
被接種者氏名		年 月 日
住所	佐倉市	
電話番号	( )	
被接種者の個人番号		
ワクチンの種類 □にチェック	<input type="checkbox"/> 風しんワクチン <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン	
申請額	円	

助成金を以下の口座に振り込んでください。

口座 振 込 依 頼 欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	種目	1 普通 2 当座
	金融機関コード	店舗コード	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

ゆうちょ銀行	通帳記号	1				0		通帳番号(右づめ)						
フリガナ														
口座名義人														

※申請者は、氏名を自署することにより、押印を省略することができます。

担当：健康増進課予防接種班（健康管理センター） ☎043-485-6711