別記
様式第１号（その１）（第５条関係）

記入例

（風しんワクチン用）

2020 年 4 月 10 日

佐倉市任意予防接種費用助成申請書

（宛先）佐倉市長

被接種者本人

申請者　氏名　佐倉　太郎　㊞
　　住所　佐倉市 江原台 2-27
　　電話　485-6711

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	サクラ　タロウ	生 年 月 日
被接種者氏名	佐倉　太郎	昭和 55 年 4 月 1 日
住　　所	佐倉市　江原台 2-27	
電 話 番 号	043 （ 485 ）6711	
被接種者の個人番号（マイナンバー）	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	
ワクチンの種類 □にチェック	□風しんワクチン ☑麻しん風しん混合ワクチン	
申 請 額	5,000　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：千葉	本店 支店 支所 出張所：佐倉	種目：1 普通　2 当座	
	金融機関コード：0 1 3 4	店舗コード：2 6 7	口座番号：0 1 2 3 4 5 6	
	フ リ ガ ナ：サクラ　タロウ			
	口 座 名 義 人：佐倉　太郎			

いずれかにご記入ください。

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

申請者本人もしくは同世帯の方の口座を指定してください

※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