（その２）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（おたふくかぜワクチン用）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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

　　　　　　　 　　　 　　 氏名 　　　 　　　　 続柄（　）

　　　　　　　　　　　　　　申請者　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 |
| （接種日当日　　歳　　か月） |
| 住　　所 |  |
| 電 話 番 号 | （　　　　） |
| 被接種者の個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ワクチンの種類 | おたふくかぜワクチン |
| 申 請 額 | 　　　　　　　　　　　　　　　円　（上限3,000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 | 本店支店支所出張所 | 種目 | １普通 　２当座  |
| 口　座　番　号 |
| 金融機関コード | 店舗コード |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フ　リ　ガ　ナ |  |
| 口　座　名　義　人 |  |

　　　申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。

　　　※自署の場合は押印不要です。

※委任状

私は、上記口座名義人に予防接種費用の助成金の受領に関する一切の権限を委任します。

　　　　年　　年　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　㊞