

(その2)

記入例

(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

保護者(親権者)の住所等

※振込先の口座名義人と申請者氏名は同一にしてください。

氏名 佐倉 花子 続柄 (母)
住所 佐倉市江原台 2-27
電話 043-123-4567

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	●●年 ●月 ●日 (接種日当日 1歳 2か月)
住所	佐倉市江原台 2-27	
電話番号	043 (123)4567	
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	
	支払った金額が 3,000 円以上の場合、申請額は 3,000 円と記入してください。	3,000 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	千葉	銀行 信用金庫 信用組合 農協	佐倉	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								
	0	1	3	4	2	8	7	1	2	3	4	5	6	7
	サクラ ハナコ					佐倉 花子								

振込先の口座名義人と申請者氏名は同一にしてください。

※振込先は、申請者ご本人の口座を指定してください。