

# 記入例

別記

様式第1号(その2)(第5条関係)

(おたふくかぜワクチン用)

令和●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 佐倉 花子 続柄 (母) 印  
住所 佐倉市 江原台2-27  
電話 043-485-6712

保護者(親権者)の住所等  
※下の口座名義人と申請者の  
氏名は同一としてください。

申請者

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	2022年 4月 1日 (接種日当日 1歳 1か月)
住所	佐倉市 江原台2-27	
電話番号	043 (485) 6712	
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	おたふくかぜワクチン	
申請額	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。

支払った金額が3,000円以上の場合は、「3,000円」とご記入ください。

口座振込依頼欄	千葉	銀行	佐倉	本店	種目	1 普通 2 当座	
		信用金庫		支店		口座番号	
		信用組合		支所			
		農協		出張所			
	金融機関コード		店舗コード				
	0 1 3 4	2 8 7	1 2 3 4 5 6 7				
	フリガナ		サクラ ハナコ				
	口座名義人		佐倉 花子				

申請者の口座を記入してください。

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
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、押印を省略できます。

担当：母子保健課予防接種担当(健康管理センター) ☎ 043-312-7688