

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)

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 ( ) ④

申請者 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
		(接種日当日 歳 か月)
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	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	
	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、押印を省略できます。

※振込先は、申請者ご本人の口座を指定してください。

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