（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 |  |

※振込先は、申請者ご本人の口座を指定してください。