

申請日 年 月 日

(宛先) 松戸市長

予防接種に要した費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

|                         |                            |                |                           |
|-------------------------|----------------------------|----------------|---------------------------|
| フリガナ<br>申請者氏名<br>(被接種者) |                            | 性別             | 生年月日                      |
|                         |                            | 男・女            | 年 月 日                     |
| 住所                      | 〒<br>松戸市                   |                |                           |
| 送付先住所                   | □上記と同じ場合チェック (本項記入不要)<br>〒 |                |                           |
| 電話番号                    |                            | 世帯状況<br>※該当者のみ | □生活保護者<br>□中国残留邦人等支給給付受給者 |

【申請内容】

| No | 予防接種名           | 接種年月日 | 接種金額 |
|----|-----------------|-------|------|
| ①  | インフルエンザ         | 年 月 日 | 円    |
| ②  | 新型コロナウイルス       | 年 月 日 | 円    |
| ③  | 肺炎球菌            | 年 月 日 | 円    |
| ④  | 带状疱疹            | 年 月 日 | 円    |
|    |                 | 年 月 日 | 円    |
| ⑤  | MR ワクチン(風しん第5期) | 年 月 日 | 円    |

|           |
|-----------|
| 合計金額(①~⑤) |
| 円         |

【振込先】

|        |         |      |  |  |  |  |  |               |
|--------|---------|------|--|--|--|--|--|---------------|
| 金融機関名  |         |      |  |  |  |  |  | 本店・支店<br>・出張所 |
| 預金種別   | □普通 □当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |               |
| フリガナ   |         |      |  |  |  |  |  |               |
| 口座名義人※ |         |      |  |  |  |  |  |               |

※ 申請者と口座名義人が異なる場合、下記の欄の記入・押印が必要です  
(受領の委任) 下記の受任者へ受領を委任します

|       |   |       |  |
|-------|---|-------|--|
| 委任者氏名 | ㊦ | 委任者住所 |  |
| 受任者氏名 |   | 受任者住所 |  |

※ 添付書類 ①接種済証 (写) ②領収書 (写) ③内訳明細書 (写)  
④振込先口座の通帳 (写) ⑤生活保護証明書 (写) ※⑤は該当する方のみ