

(様式第1号)

任意予防接種費用助成金支給申請書

申請日 年 月 日

松戸市長あて

下記の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		印	接種した児童との関係	保護者 他()
申請者				
住所・連絡先	〒 松戸市 Tel ()			
フリガナ		生年月日	年 月 日	
接種した児童名		(年齢)	(歳 ヶ月)	
予防接種名				
接種した医療機関名				
接種年月日	年 月 日	接種金額 (合計)	円	
	年 月 日			
	年 月 日			

(振込先) ※申請者と口座名義人が異なる場合には委任状が必要です。

金融機関名		店名	
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

- ※添付書類
- ① 予診票
 - ② 領収書の原本
 - ③ 申請者名義の通帳の写し

(市記入欄)

接種費用(①)	助成基準額②	助成額【①・②のうちいずれか低い額③】
		(合計)

