

(様式第1号)

松戸市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		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 (年齢)	年 月 日 ( 歳 ヶ月)
接種した児童名			
予防接種名	おたふくかぜ予防接種		
接種した医療機関名			
接種年月日	年 月 日 年 月 日 年 月 日	接種金額 (合計)	円

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※			

※ 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	

(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)

※ 添付書類 ①接種記録がわかるもの(予診票・母子健康手帳の写しなど)  
②領収書の原本および内訳明細書 ③申請者名義の通帳の写し