（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　　（　　）		
書類送付先住所			
フリガナ		生年月日	西暦　　年　　月　　日
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	□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接種記録がわかるもの（予診票・母子健康手帳など）の写し

②領収書の写し

③内訳明細書の写し（当該予防接種にかかった費用がわかるもの・領収書に記載があれば不要）

④振込先の通帳の写し（銀行名・支店名・口座種別・名義人・口座番号がわかるページ）