

(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	保護者
申 請 者		との関係	他 ()
住所・連絡先	〒 松戸市 TEL ()		
書類 送付先住所			
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	おたふくかぜ予防接種	医療機関名	
接種した 医療機関名			
接種年月日	年 月 日	接種金額	円
	年 月 日	(合計)	
	年 月 日		

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申請者名義の通帳の写し