

予防接種再接種費用助成金交付申請書

年 月 日

南相馬市長

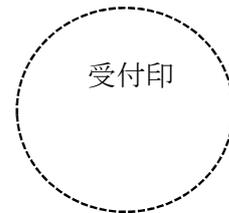
申請者 住 所  
氏 名 (続柄 本人・保護者)  
電話番号

南相馬市予防接種再接種費用助成金交付要綱第5条第1項の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。なお、市職員が助成金交付の資格審査のために必要な範囲において、医療機関へ聴取することに同意します。

対象者 (児)	ふりがな		男 ・ 女	生 年 月 日		
	氏 名			年 月 日		
	住 所	〒 南相馬市				
	電話番号					
予防接種の種類		定期接種	再接種	再接種費用		
		年 月 日	年 月 日			
		年 月 日	年 月 日			
		年 月 日	年 月 日			
		年 月 日	年 月 日			
		年 月 日	年 月 日			
合 計				円		
他の助成金受給		有 ・ 無				
振 込 先				銀 行 ・ 信 金 ・ 信 組 ・ 農 協		
		本 店 ・		支 店 ・ 出張所		
		種 別	普通 ・ 当座	口座番号		
		口座名義	(ふりがな)			
委 任 欄 ※申請者と口座名義人が異なる場合		私は、助成金の振込先が上記口座であることに異議ありません。  年 月 日 申請者自署				

【添付書類】※下記1～5

- 1 接種者の本人確認書類の写し
- 2 再接種が必要と医師が判断したことを証明する書類
- 3 定期予防接種歴が確認できるものの写し
- 4 再接種歴が確認できるもの写し
- 5 再接種に係る領収書の写し



受付者 \_\_\_\_\_