

第3号様式(第7条関係)

勝浦市新型インフルエンザワクチン接種費用助成金交付申請書

年 月 日

(あて先)
勝浦市長

請求者
住 所 勝浦市.....
氏 名.....印
電話番号.....(.....)

次のとおり、勝浦市新型インフルエンザワクチン接種の実費負担に係る費用軽減実施要綱第7条の規定により申請します。

1 被接種名等

被接種者名	生年月日	接種年月日	接種医療機関名	ワクチン接種に要した費用	助成申請額
	年 月 日	年 月 日 ----- 年 月 日		円 ----- 円	円
	年 月 日	年 月 日 ----- 年 月 日		円 ----- 円	円
	年 月 日	年 月 日 ----- 年 月 日		円 ----- 円	円
	年 月 日	年 月 日 ----- 年 月 日		円 ----- 円	円
助成申請額合計					円

2 振込先

振込先	金融機関	銀行・組合 信用金庫		本店 支店・支所
	種 別	普通・当座	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人	-----		

添付書類：接種医療機関発行の領収書、母子手帳、接種済証等の接種したことが確認できる書類（領収書で確認できる場合は不要）

※処理欄

口座振込	現金
------	----

この申請内容の審査のため世帯員に関する住民基本台帳、市民税課税状況等を閲覧することを承諾します。

自署 _____ 印