

渋川市おたふくかぜ予防接種費用助成金交付申請書

渋川市長 様

請求年月日
 年
 月
 日

申請者(保護者)
 住 所
 被接種者との関係
 氏 名 (自署)
 ()
 電 話

渋川市おたふくかぜ予防接種費用助成金の交付を受けたいので、次のとおり必要書類を添えて申請します。
 なお、申請に当たっては、渋川市おたふくかぜ予防接種費用助成金交付要領（助成対象者）の要件に該当することを誓約します。
 また、この申請内容について、渋川市が保有する公簿等を閲覧・調査すること及び医療機関等に問い合わせることに 同意します。
 太枠の中をご記入ください。

フリガナ		生 年 月 日	年	月	日
被接種者氏名					
住 所					
予 防 接 種 名	接 種 年 月 日	接種に要した金額	接種医療機関名	助 成 金 額	
おたふくかぜ	年 月 日	円		円	

振込先金融機関名		銀 行		本 店
		信用金庫		支 店
		信用組合		支 所
		農 協		出張所
振 込 口 座	口 座 種 別		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は、下欄の委任状に署名が必要になります。

委 任 状

私は、渋川市おたふくかぜ予防接種費用助成金の受領を、上記口座名義人に委任します。

年 月 日 申請者(保護者) (自署)

【提出書類】

- ・ 予防接種に係る医療機関の領収書（原本）
- ・ 予防接種済みの記載がある予診票
- ・ 運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード等の本人確認書類
- ・ 振込先が確認できる通帳等の写し