

様式第2号(第9関係)

予防接種費用助成申請書及び請求書

被接種者の情報をご記入ください。
(※久慈市の住所)

予防接種対象者等			
住 所	〒028-0014 久慈市旭町8-100-1	申請年月日	記載しない
		有効期限	記載しない
		生年月日	平成 年 1 月 1 日
フリガナ	ホケン ハナコ	性 別	女
氏 名	保健花子	保護者氏名	保健推進
予防接種の種類及び申請額等			
種 類	接種年月日	接種に要した費用	申請及び請求額
HPV	年 月 日	〇〇,〇〇〇 円	〇〇,〇〇〇 円
HPV	年 月 日	〇〇,〇〇〇 円	〇〇,〇〇〇 円
			計
			△△,△△△ 円
番号			
金融機関名	支店名	預金種別	口座番号
〇〇銀行	△△支店	普通・当座	000000
口座名義人 (カタカナ)	保健推進 (ホケン スイシン)		
委 任 欄	下記申請者を代理人と認 切を委任します。	この欄は、諸事情により本人(18歳以上)又は保 護者(親権を行うもの又は後見人)以外の方が申請 する場合に使用します。その場合は本人又は保護者 がご自署ください。 本人又は保護者が申請する場合は記載不要です。	
	年 月 日		
委任者 (保護者) 氏名			

上記のとおり、予防接種費用助成による助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請及び請求します。

なお、請求金額が、規則第5条の規定により市長が決定した助成の金額と異なるときは、当該予防接種の助成の請求に関わる部分を取り下げ、新たに予防接種の助成を請求するものとします。

また、助成要件確認のため、久慈市が保有する個人情報について閲覧又は調査することを承諾します。

(宛先) 久慈市長

本人(18歳以上)又は保護者(親権を行うもの又は後見人)の方の氏名等をご記入ください。(※久慈市の住所)
電話番号は日中連絡がつく番号をお願いいたします。

住 所 久慈市旭町8-100-1
氏 名 保健推進
電話番号 090-〇〇〇〇-△△△△