様式第２号(第９関係)

**接種者本人の口座に振込をする場合**

申請年月日と保護者氏名は空欄にしてください。

予防接種費用助成申請書及び請求書

接種者本人の情報をご記入ください。

接種者本人の名義の

口座情報をご記入ください。

|  |
| --- |
| 予防接種対象者等 |
| 住　　所 | 〒028-○○○○久慈市○○町△-△△-△ | 申請年月日 | 記載しない |
| 有効期限 | 　令和５年 ３月３１日 |
| 生年月日 | 昭和　年 　月 　日 |
| フリガナ | 　ホケン　　スイシン | 性別 | 　　 男 |
| 氏　　名 | 　保健　　推進医療機関に支払った額をご記入ください。 | 保護者氏名 | 　　 記載しない |
| 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 |
| インフルエンザ | 令和〇年〇月〇日 | 例：3,500　円 | 2,000　円 |
|  | 年　月　日　　 | 　円 | 　円 |
| 計 | 2,000　円 |
| 助成金振込先金融機関口座番号 |
| 金融機関名 | 支店名 | 預金種別 | 口座番号 |
| 〇〇銀行 | 〇〇支店 | 普通・当座 | 〇〇〇〇〇〇 |
| 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め、予防接種費用の助成申請及び受領に係る権限の一切を委任します。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

接種者本人の氏名等を

ご記入ください。

電話番号は日中連絡がつく番号

をお願いいたします。

申請者　住　所　　　久慈市△△町〇‐○○‐〇

氏　名　　　　保健　推進

電話番号　　０９０‐○○○○‐△△△△