

鎌ケ谷市予防接種費用助成金交付申請書（請求書）
（高齢者インフルエンザ予防接種用）

鎌ケ谷市長 様

申請日 年 月 日

申請者	(署名又は記名押印)	
	氏名 _____	続柄 _____
	住所 _____	
	電話番号 () _____	昼間の連絡先 () _____

予防接種費用の助成を受けたいので、鎌ケ谷市予防接種費用助成要綱第6条第1項の規定により次のとおり申請します。なお、鎌ケ谷市が申請資格等を審査するために公簿等を確認すること及び交付決定があった後は、この申請書を請求書として取り扱うことに同意します。

1 予防接種の内容

フリガナ		生年月日	年 月 日
被接種者氏名			
住所（申請者と異なる場合に記入してください。） 鎌ケ谷市			
予防接種の種類	高齢者インフルエンザの予防接種		
接種年月日	年 月 日		
接種医療機関名			
接種に要した金額	円		

2 助成金の申請額

申請額 _____円

3 指定する振込先

私、申請者は、交付決定のあった助成金を次の口座へ振り込むことを依頼します。

	銀行 信用金庫	支店 出張所
普通・当座	フリガナ	
口座番号	口座名義人	
*被接種者と振込先口座名義人が異なる場合、下記に記入してください。		
委任状	私は、上記口座名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。 被接種者氏名（署名又は記名押印）	

鎌ケ谷市使用欄

交付決定（請求却下）の日 年 月 日

【添付書類】

- (1) 接種費用に係る領収書の写し（接種を受けた方の氏名、接種日及びワクチン名が記載されているもの）
※接種を受けた方の氏名、接種日及びワクチン名の記載がない場合は、接種したことが証明できる接種済証の写しも併せて添付
- (2) 申請者の身分証明書の写し
（必要な方のみ）生活保護受給者 生活保護受給証明書の写し
中国残留邦人等支援給付受給者 支援給付受給証明書の写し