

別 記

第1号様式（第6条関係）

申請日 年 月 日

鎌ケ谷市予防接種費用助成金交付申請書（請求書）
（A類疾病に係る予防接種用）

鎌ケ谷市長 様

申請者 氏名 _____ 印

被接種者との続柄 _____

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 被接種者

フリガナ			
被接種者氏名		生年月日	年 月 日
住所（申請者と異なる場合に記入してください。） 鎌ケ谷市			

2 助成金の申請額

申請額 _____ 円

※別紙内訳明細書を添付し、その合計額を記入してください。

【添付書類】

- 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、接種年月日及びワクチン名の記載がない場合は、母子健康手帳の写し又は当該予防接種の予診票の写し若しくは接種したことが証明できる接種済証の写しを併せて添付すること。
- 申請者の身分証明書の写し

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	

鎌ケ谷市使用欄

交付決定（請求却下）の日 年 月 日