

様式第 3 号（第 9 条関係）

大崎市任意予防接種費用助成金交付申請書（償還払用）

令和 年 月 日

大崎市長 様

申請者 住所 大崎市

氏名 _____

被接種者との続柄 _____

電話番号 _____

大崎市任意予防接種費用助成金交付要綱第 9 条第 2 項の規定により，助成金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

被接種者	住 所	大崎市		
	氏 名			
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
接 種 を 受 け た 年 月 日		令 和 年 月 日		
接種を受けた医療機関名				
接種を受けたワクチン		☐ 成人用肺炎球菌 ☐ おたふくかぜ		
振込先金融機関	名 称			
	支 店 名			
	口座種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	名 義 人			
添 付 書 類		①任意予防接種に要した費用の支払に係る領収証の写し ②預金通帳の写し ③その他市長が必要と認める書類（母子保健手帳等の接種の記録がわかるもの）		