

第 1 号様式（第 5 条）

任意予防接種助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（あて先）印西市長

〒
住 所
申請者 氏 名
（接種者との続柄）
電話番号

委託外医療機関における予防接種に係る費用の助成金の交付を受けたいので、申請します。

フリガナ				生年月日		年 月 日	
接種者氏名 （接種者本人）				（年齢）		（ 歳）	
住 所		印西市					
電話番号		（ ）					
予防接種名							
申請理由		1 里帰り出産等の為 2 病気入院等により市外医療機関の管理下にある為 3 市外施設等に入所中の為 4 災害等により市外滞在中の為 5 その他 （ ）					
振込先金融機関	金融機関名	銀 行 信 用 金 庫 組 合 農 協		支店名		支店	
	種 別	普通・ 当座	口座番号				
	フリガナ						
	名義人 （申請者同一）						
請求金額		円					

※ 添付書類 (1)任意予防接種の接種年月日及び接種種別が確認できる書類
(2)領収書その他任意予防接種に係る支払額が確認できる書類
(3)助成対象者であることが確認できる書類
(4)振込口座が確認できるものの写し