

令和 〇年 〇月 〇日

弥富市長 殿

※申請者は保護者の方となります。

住所 弥富市〇〇町〇一△

申請者 氏名 弥富 花子

被接種者との続柄（母）

電話番号 0567-65-1111

弥富市おたふくかぜ予防接種費用助成金交付申請書兼請求書
下記のとおり、弥富市おたふくかぜ予防接種費用の助成を受けたいので
申請します。なお、決定の上は、下記の振込先に振り込んでください。

記入しないでください

助成金額 金 円

被接種者	住所	弥富市〇〇町〇一△
	氏名	弥富 伊知郎
	生年月日	令和〇年 〇月 〇日（満 1 歳）
接種状況	接種実施年月日	令和 △年 △月 △日
	接種医療機関名	××××病院

※口座名義人は申請者と同一です。

振込先	金融機関名	〇〇銀行 本店 信用金庫 農協 △△ 支店
	預金種別	普通・当座 口座番号 1234567
	(フリガナ) 口座名義人	ヤトミ ハナコ 弥富 花子

※助成額は、2,000円を上限とし、予防接種費用が助成額に満たない場合は、予防接種費用が助成額となります。

- ※添付書類
- ①領収書の原本（予防接種の種類及び費用が分かるもの）
 - ②予診票（写し可）、又は母子健康手帳の接種歴
 - ③助成券