様式第１号（第５条関係）

名取市定期予防接種再接種費用助成金交付申請書

年　　月　　日

名取市長　様

申請者　住所

氏名　 　　　 　　　　（続柄　本人・保護者）

※手書きしない場合は、記名押印してください。

電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（日中連絡がとれる電話番号をご記入ください）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 名取市定期予防接種再接種費用助成金事業実施要綱第５条第１項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。なお、市職員が助成金交付の資格審査のために必要な範囲において、医療機関へ聴取することに同意します。 | | | | | | | | | |
| 対象者（児） | （ふりがな）  氏名 |  | | | 生年月日 | | 年　　月　　日（　　歳） | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | |
| 電話番号 | －　　　　　　　　－ | | | | | | | |
| 予防接種の種類 | | 定期接種 | | 再接種 | | 接種費用 | | 基準額 | 助成額 |
|  | | 年　月　日 | | 年　月　日 | |  | |  |  |
|  | | 年　月　日 | | 年　月　日 | |  | |  |  |
|  | | 年　月　日 | | 年　月　日 | |  | |  |  |
|  | | 年　月　日 | | 年　月　日 | |  | |  |  |
|  | | 年　月　日 | | 年　月　日 | |  | |  |  |
|  | | 年　月　日 | | 年　月　日 | |  | |  |  |
| 合　計 | |  | |  | | 円 | | 円 | 円 |
| 他の助成金受給 | | 有・無 | | | | | | | |
| 振 込 先 | | 銀行 信金 信組 農協  本店・支店・出張所 | | | | | 種　別 | 普通　・ 当座 | |
| 口座番号 |  | |
| 口座名義 | （ふりがな） | | | | | | |
| 委 任 欄  ※申請者と口座名義人が異なる場合 | | 私は、助成金の振込先が上記口座であることに異議ありません。  令和　　年　　月　　日　　　　　　申請者自書 | | | | | | | |

【添付書類】※下記１～４の写し

１ 再接種が必要と医師が判断したことを証明する書類　　□

２ 定期予防接種歴が確認できるもの　　　　　　　　　　□

３ 再接種歴が確認できるもの　　　　　　　　　　　　　□

４ 再接種に係る領収書 □

受付者