

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

袖ヶ浦市長 様

住 所

氏 名

電話番号

袖ヶ浦市特別の理由により免疫が消失した者に対する任意予防接種費用助成申請書

袖ヶ浦市特別の理由により免疫が消失した者に対する任意予防接種費用助成事業実施要綱第6条第1項の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請及び請求をします。なお、助成金の交付決定に係る審査において、市が接種対象者の個人情報を閲覧し、及び関係機関に調査することに同意します。

また、申請者と口座名義人が異なる場合は、助成金の受領を口座名義人に委任します。

記

・明細書に添付する領収書は原本とし、各予防接種料金の内訳がわかるものを添付

申請額 (請求額)		円									
接種 対象 者 名	ふりがな				生 年	年 月 日					
	氏 名				月 日				( 歳)		
	住 所	〒 ー			電 話			( )			
振 込 先	金融 機関名	銀行・金庫			本店・支店			預金種別			
		組合			出張所			普通 ・ 当座			
	フリガナ				口座 番号						
口座名義											

してください。