

銚子市長 越川 信一 様

申請者(保護者) 住所
氏名
電話

印

銚子市小児インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

小児インフルエンザ予防接種費用助成金の交付を受けたいので、銚子市小児インフルエンザ予防接種費用の助成に関する要綱第7条第2項の規定により、次のとおり申請及び請求します。

1 接種対象者

氏名(被接種者)	生年月日	続柄	接種日	医療機関名	金額
	年 月 日		年 月 日		(円)
	年 月 日		年 月 日		
	年 月 日		年 月 日		
	年 月 日		年 月 日		

2 助成申請額 円

添付書類 小児インフルエンザの接種年月日が確認できるもの（母子健康手帳等）及び小児インフルエンザに係る医療機関の領収書（原本）

【個人情報の取り扱いについて】

銚子市個人情報保護条例に基づき、小児インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請に必要な事項について、市の保有する個人情報を担当職員が確認することに同意します。

(申請者署名) 氏名 代筆者署名 (続柄)

※申請者（保護者）本人が署名できない場合は、本人の意思を確認した上で、代筆者（窓口に来た方）が署名し、続柄（申請者からみた関係）を記入してください。

請求金額 円

【振込先】（申請者）

金融機関名	店名	預金種目	口座番号
(金融機関コード:) 銀行 信用金庫 組合	(店舗コード:) 本店 支店 出張所	普通 当座	
口座名義人	フリガナ		
	氏名		

※ インターネットバンキング専用の口座は、お取り扱いできません。

※ ゆうちょ銀行の場合は、他の金融機関から振り込みを受ける振込用の「店名・預金種目・口座番号」が必要です。（例：ゆうちょ銀行 ○五八 普通預金 0123456）

【担当者処理欄】 Jコード:

窓口受付者	申請受理日	年 月 日	受付番号	
処理者	処理日	年 月 日	支払予定日	年 月 日

※ 領収書原本の返却希望があった場合は、チェックを入れてください。