

様式第3号（第9条関係）

おたふくかぜ予防接種助成金交付申請書

年 月 日

たつの市長 様

申請者（保護者）住 所
氏 名
(続柄)
電話番号 ()

おたふくかぜ予防接種の助成を受けたいので、たつの市おたふくかぜ予防接種助成事業実施要綱第9条第1項の規定により申請します。

申請金額 円

対象児	住 所										
	氏 名						生年月日	年 月 日			
医療機関名											
接種年月日		年 月 日									
申請理由		1 実施医療機関以外で予防接種を受けたため 2 その他 ()									
振込先	金融機関名	銀行・信用組合 信用金庫・農協					金融機関 コード				
	支店名	本店・支店・出張所					店舗コード				
	口座番号							口座種別	普通 ・ 当座 (いずれかに○)		
	フリガナ										
	口座名義人										

※おたふくかぜ予防接種に係る領収書及び助成券を添付してください。