

御殿場市特別の理由による任意予防接種費助成金支給申請書

年 月 日

御殿場市長 様

住所

申請者 氏名

※署名又は記名押印

対象者との続柄

電話番号

助成金の支給を受けたいので、御殿場市特別の理由による任意予防接種費助成金支給要綱第7条第1項の規定により、次のとおり申請します。

なお、この申請内容について必要な公簿の閲覧を行うこと及び医療機関等へ照会することについて同意します。

接種対象者	ふりがな					
	氏名					
	生年月日	年 月 日				
	住所					
予防接種名	再接種年月日	接種費用① (支払った金額)	御殿場市記入欄			
			助成上限額② (市が実施する 定期予防接種の 費用の額)	申請金額③ (①と②で少な い額)		
助成申請合計額			円			
振込先口座	金融機関	銀行 金庫 農協		本店・支店 支所・出張所		
	口座種別	普通・当座	口座番号			
	フリガナ					
	口座名義人					

※ 申請者と口座名義人は同一とする。