

様式第3号（第7条関係）

伊勢市予防接種県外接種費用助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）伊勢市長

伊勢市予防接種県外接種費用助成金の交付を受けたいので、伊勢市予防接種県外接種費用助成金交付要綱第7条の規定により、次のとおり必要書類を添えて申請します。

被接種者	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年 月 日		
	住所	伊勢市		
申請者 （保護者）	氏名			
	続柄			
	住所及び電話番号	<input type="checkbox"/> 被接種者と同居（記入不要） <input type="checkbox"/> 被接種者と別居（以下に記入）		
	日中連絡先電話番号	— —		
受けた 予防接種	予防接種名	接種年月日	接種費用	助成金決定額
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
振込先	金融機関名	銀行・農協 信用金庫		
	支店名	本店・支店 出張所		
	預金種別	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が異なる場合は、下欄により委任してください。

上記口座名義人を代理人として、助成金の受領を委任します。

委任者（申請者） 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

受任者（口座名義人）住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

添付書類 予診票（原本又は写し）・領収書（原本）

※健康課記入欄 助成決定額

円

