

西尾市おたふくかぜワクチン任意接種費助成支給申請書兼請求書

(宛先) 西尾市長 年 月 日

〒 ー
住所

申請者 氏名
(口座名義人と同じ)

次のとおり西尾市おたふくかぜワクチン任意接種費の助成を申請します。
なお、おたふくかぜワクチン任意接種費助成に係る事務を行うにあたり、住民基本台帳等を閲覧することに同意します。

被接種者	(フリガナ) 氏 名		生年月日	
	保護者名		電話番号	
	住 所	☐ 申請者と同じ		
		☐ 申請者と異なる 〒 ー 西尾市		
	接種歴 (年長児のみ)	1回目： 年 月 日 (歳 か月)		

接種した予防接種種類	検査・接種日	支払金額	請求額
おたふくかぜ予防接種	年 月 日	円	2,000 円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
支給申請額		2,000	円

支給決定された助成額については、下記口座に振り込んでください。				
振込先	金融機関名	銀行・信金 店 組合・信組		
	種 別	普 通 当 座	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人			
処 理 欄	支給額決定日	年 月 日		
	支給決定額	円		

受付印

※太枠内を記入してください。
※添付書類 領収書、内訳のわかる書類、母子健康手帳の写し又は予防接種済証の写し