

習志野市特別の理由による任意予防接種費用助成金支給申請書

年 月 日

習志野市長 宛て

申請者 住所
(保護者)

氏名

電話 (平日昼間つながるもの)
() -

下記のとおり、習志野市特別の理由による任意予防接種費用助成金の支給を受けたいので申請します。

なお、必要があるときは申請の内容について市長が関係機関等に照会し、又は報告を求めることに同意します。

支給申請額 円

※明細書の助成申請額の合計を御記入ください。

接種を受けた人の氏名					
生年月日	年	月	日生		
接種を受けた人の住所	習志野市				
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協			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				

- ◆ 申請者と口座名義が違う場合には、「委任状」が必要となります。
- ◆ 修正液は使用できません。訂正の場合、二重線で消し、その上に書き直してください。

添付書類

- 1 習志野市特別の理由による任意予防接種費用助成金支給申請明細書
- 2 医師の意見書
- 3 領収書(原本) 各予防接種の内訳が記載されているもの
- 4 予診票又は予防接種の記録が記載されているもの(母子健康手帳※等)の写し
※母子健康手帳の写しの場合は、1ページの「出生届出済証明」(お子さんの名前と生年月日を確認のため)と「予防接種の記録」のページをコピーすること。
- 5 予診票の写し