

記入例		岩沼市定期予防接種助成申請書								
被接種者	(ふりがな)	いわぬま たろう			生年月日	令和 4年 1月 1日 (0 歳)				
	氏名	岩沼 太郎								
	住所	岩沼市桜一丁目6-20								
予防接種の種類	ヒブ		小児用肺炎球菌		4種混合					
接種医療機関	〇〇〇クリニック		〇〇〇クリニック		〇〇〇クリニック					
接種日	① R4.3.15 ② R4.4.15		① R4.3.15 ② R4.4.15		R4.4.15					
予防接種費	① 〇〇〇〇 ② 〇〇〇〇 円		① 〇〇〇〇 ② 〇〇〇〇 円		〇〇〇〇 円					
助成申請額	円		記入しない。 ※市で定めた上限の範囲内での 助成となります。							
<p>上記のとおり定期予防接種に要した費用を証する書類を添付してください。 なお、助成金については下記の口座に振り込み願います。</p> <p>令和 4年 5月 1日</p> <p>申請日を記入</p> <p>申請者住所 岩沼市桜一丁目6-20</p> <p>申請者氏名 岩沼 花子</p> <p>被接種者との続柄 母 電話 22-1111</p> <p>申請は保護者氏名(父または母)を記入してください。 自署または、記名押印(シャチハタ不可)</p> <p>岩沼市長 殿</p>										
振込指定金融機関名等										
金融機関名	七十七 銀行 農協 岩沼 支店 信用金庫									
口座の種類	普通 当座		口座番号	1	2	3	4	5	6	7
(ふりがな)	いわぬま はなこ		支給決定額	円						
口座名義人	岩沼 花子		(※市記入欄)	記入しない						