

様式第1号（第9条関係）

令和〇年 〇月 〇日

古河市長 宛て

申請（請求）者（住所）古河市下大野2248

（氏名）古河 太郎 ⑨

※自署又は記名押印

（接種者との続柄） 父

（電話番号） 92-3111

おたふくかぜ予防接種助成金交付申請書兼請求書

古河市おたふくかぜ予防接種実施要綱第9条第1項の規定に基づき、次のとおり申請（請求）します。

1 申請（請求）額 3,000 円

2 申請（請求）内訳

接種者氏名	生年月日	申請理由	金額（円）
古河 太郎	令和〇年〇月〇日	生活保護世帯以外の接種対象者 生活保護世帯の接種対象者	3,000
	年 月 日	生活保護世帯以外の接種対象者 生活保護世帯の接種対象者	

3 添付書類

- （1）医療機関が発行した領収書（接種ワクチン名及び接種対象者氏名が記載されたもの）
- （2）予診票又は母子健康手帳（予防接種記録欄）の写し
- （3）その他市長が必要と認める書類

4 振込先

金融機関名	〇〇銀行・信用金庫・信用組合・農協	〇〇支店・出張所・支所
預金種別	普通・当座	口座番号 1234567
フリガナ 口座名義	コガ タロウ 古河 太郎	