様式第１号（第９条関係）

年　　月　　日

　古河市長　　宛て

申請（請求）者（住所）

（氏名）　　　　　 　 　　　　㊞

※自署又は記名押印

（接種者との続柄）

（電話番号）

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　　　　　　　　　　　円

２　申請（請求）内訳

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 接種者氏名 | 生年月日 | 申請理由 | 金額（円） |
|  | 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 |  |
|  | 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 | 銀行・信用金庫・信用組合・農協 | 支店・出張所・支所 |
| 預金種別 | 普通 ・ 当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ口座名義 |  |