

R△△年 △△月 △△日

（宛先）見附市長

書き方見本

申請者（保護者）

住所 見附市昭和町2-1-1
見附ハイツ202

氏名 見附 太郎

電話番号 090-0000-0000

下記のとおり子どものインフルエンザ予防接種を受けましたので、接種費用の助成を申請します。

※申請内容の確認に当たり、見附市が住民基本台帳を閲覧すること及び確認等が必要な場合は接種医療機関に問い合わせることに同意します。

予防接種の種類		子どもインフルエンザワクチン (1回につき1,000円助成)	
子どもの氏名 (接種を受ける 被接種者)	住所	見附市昭和町2-1-1	
	電話番号	090-0000-0000	
	ふりがな	みつけ ことろう	
	氏名	見附 小太郎	
	生年月日	H△△年 △△月 △△日生 (△歳 △か月)	
接種状況	医療機関	住所	新潟市〇〇町2-1-1
		名称	〇〇〇〇クリニック
	接種日	1回目	R△△年 △△月 △△日
		2回目	R△△年 △△月 △△日
	接種費用	1回目	〇〇〇〇 円
		2回目	〇〇〇〇 円
助成申請額		2,000 円	
申請者(保護者)の 振込先	金融機関名	見附 銀行 組合・金庫・農協 見附 店・支店	
	預金種別	普通 当座	口座番号 1234567
	ふりがな	みつけ たろう	
	口座名義人	見附 太郎	

申請者名義の振込先情報をご記入ください。

助成決定額	※この欄は記入しないでください。 円
-------	-----------------------

添付書類

- 振込口座の通帳の写し
 予防接種の内容が確認できる医療機関発行の領収書