


国立市長 殿

国立市里帰り出産等定期予防接種費用助成金交付申請書兼口座振込依頼書

国立市里帰り出産等定期予防接種費用助成金交付要綱第8条の規定により、下記のとおり助成金の交付を申請します。なお、この申請に係る審査に際し、住民基本台帳の記録を公簿により確認し、及び医療機関に接種内容を確認することに同意します。

記

氏 名		生 年 月 日
ふりがな		年 月 日
申請者	 <small>※署名の場合は、押印不要です。</small>	
被接種者との続柄		
ふりがな		年 月 日
被接種者		
申請者住所	国立市 電話 ( )	
申請者住所 <small>(国立市から転出した場合)</small>	電話 ( )	

予防接種の種類と回数	接種等年月日	接種医療機関の名称及び住所	申請金額	費用の内容
				接種・予診のみ
				接種・予診のみ
				接種・予診のみ
				接種・予診のみ
				接種・予診のみ
				接種・予診のみ
				接種・予診のみ
				接種・予診のみ
				接種・予診のみ
				接種・予診のみ

(裏面あり)

助成金については、下記の口座に振り込んでください。

振込先金融機関	店番号			口座番号					
銀行	預金種類	普通・当座							
信用金庫	フリガナ								
組合	口座名義								

※申請者以外の名義の口座へ振込みを希望する場合には、下欄にご記入ください。

私は、国立市里帰り出産等定期予防接種費用助成金の受領を上記口座名義人に委任します。

年 月 日

申請者 \_\_\_\_\_ 印

※署名の場合は、押印不要です。

#### 提出必要書類

- 申請書（この書類です）
- 予防接種等の領収書の写し（予診・接種を受けたワクチンごとの金額が記載されているもの。記載がなければ明細書が必要）
- 予防接種等の実施が確認できる書類の写し（予防接種予診票等の接種記録が記載されたもの。母子手帳の写しも可）