

子ども記入例

任意予防接種等助成事業償還払申請書

申請日 令和 ○年 ○月 ○日

福島市長

消えるペンを使用できません

下記のとおり、任意予防接種等助成事業に係る費用の助成を申請します。

申請者	フリガナ	ケンコウ タロウ		健康	文字や日付などの軽微な誤りがあった場合に、こちらで訂正させていただくためのものです。(ゴム印以外)							
	氏名	健康 太郎										
	現住所	〒 960-8002 福島市森合町10-1										
	連絡先の電話番号	090-1234-5678										
接種対象者	No.	申請者との続柄	氏名	性別	生年月日 (年齢)	予防接種名(申請する合計数)						
	①	子	健康 花子	男(女)	S H (R) 3年6月1日 (1)歳	おたふくかぜ ( 1 )回						
	②			男 女	S H R 年 月 日 ( )歳	( )回						
	③			男 女	S H R 年 月 日 ( )歳	( )回						
	④			男 女	S H R 年 月 日 ( )歳	( )回						
	住所	※申請者と異なる場合・転出の場合記載してください(市外に転出後は接種時住所) 〒960- 福島市										
振込み口座 ※申請者と名義人が異なる場合、委任状が必要です。	金融機関名	金融機関番号	1	2	3	4	支店番号	5	6	7	店	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	口座名義 カタカナで記入	ケンコウ タロウ		
※振込み通知書の送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者現住所 <input type="checkbox"/> その他…以下に住所を記載してください 〒 (世帯主氏名 )											申請者と名義人が異なる場合、委任状が必要です。

申請日 令和〇年〇月〇日

福島市長

消えるパンは使用できません

下記のとおり、任意予防接種等助成事業に係る費用の助成を申請します。

申請者	フリガナ	ケンコウ タロウ									
	氏名	健康 太郎									
	現住所	〒960-8002 福島市森合町10									
	連絡先の電話番号	090-1234-567									
接種対象者	No.	申請者との続柄	氏名	性別	生年月日 (年齢)	予防接種名 (申請する合計数)					
	①	本人	健康 太郎	男	S (H) R 3年4月1日 (32) 歳	風しん抗体・麻しん風しん混合ワクチン ( 2 ) 回					
	②			男	S H R 年 月 日 ( ) 歳	( ) 回					
	③			男	S H R 年 月 日 ( ) 歳	( ) 回					
	④			男	S H R 年 月 日 ( ) 歳	( ) 回					
	住所	※申請者と異なる場合・転出の場合記載してください (市外に転出後は接種時住所) 〒960- 福島市									
振込み口座 ※申請者と名義人が異なる場合、委任状が必要です。	金融機関名	金融機関番号	1	2	3	4	支店番号	5	6	7	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	ケンコウ タロウ		
※振込み通知書の送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者現住所 <input type="checkbox"/> その他…以下に住所を記載してください 〒 (世帯主氏名 )										

申請者は申請時点で接種を受けた本人が成人(18歳以上)の場合には本人、未成年(18歳未満)の場合には保護者になります。

健康

文字や日付などの軽微な誤りがあった場合に、こちらで訂正させていただくためのものです。(ゴム印以外)

申請者と名義人が異なる場合、委任状が必要です。