

別記

第1号様式（第6条関係）

申請日 2023年10月31日

鎌ケ谷市予防接種費用助成金交付申請書（請求書）
（A類疾病に係る予防接種用）

鎌ケ谷市長 様

（署名又は記名押印）

申請者 氏名 鎌ケ谷 花子

被接種者との続柄 母

住所 鎌ケ谷市新鎌ケ谷 〇〇〇

電話番号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇

昼間の連絡先 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇

予防接種費用の助成を受けたいので、鎌ケ谷市予防接種費用助成要綱第6条第1項の規定により次のとおり申請します。

なお、鎌ケ谷市が申請資格等を審査するために公簿等を確認すること及び交付決定があった後は、この申請書を請求書として取り扱うことに同意します。

1 被接種者

フリガナ	カガヤ タロウ	生年月日	2023年7月31日
被接種者氏名	鎌ケ谷 太郎		
住所（申請者と異なる場合に記入してください。） 鎌ケ谷市			

2 助成金の申請額

申請額 54,180 円

※別紙内訳明細書を添付し、その合計額を記入してください。

【添付書類】

- 接種費用に係る領収書の写し
- 予防接種の実施を証する書類の写し
- 本人を確認することができる書類の写し

3 指定する振込先

私、申請者は、交付決定のあった助成金を次の口座へ振り込むことを依頼します。

鎌ケ谷	銀行	鎌ケ谷	支店
	信用金庫		出張所
普通・当座	フリガナ	カガヤ ハナコ	
口座番号 1234567	口座名義人	鎌ケ谷 花子	

鎌ケ谷市使用欄

交付決定（請求却下）の日 年 月 日