

都留市長 様

都留市大人の風しん予防接種費用助成金申請書兼請求書

都留市大人の風しん予防接種費用助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、下記のとおり申請及び請求します。

申請者氏名 (接種者本人)	Ⓜ	年 月 日生
住 所	都留市	電話 ()
接種日	年 月 日	
医療機関の名称		
助成申請額 (ワクチンの種類) ※該当する□にレを してください。	<input type="checkbox"/> 風しん単独ワクチン 3,000 円 <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン 5,000 円	

添付書類 ・ 領収書(原本)

【個人情報の取扱について】

情報は都留市個人情報保護条例に基づき、適正に取り扱います。目的外に使用することはありません。

請求金額 円

【振込先】

金融機関名	本・支店名	預金種別	口座番号
銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店 支店 出張所	普通・当座	
口座名義人	住所		
	フリガナ		
	氏名		

※金融機関口座は、接種者本人のものに限ります。

※都留市役所処理欄

申請受理日	年 月 日	受付番号	
-------	-------	------	--