

予防接種費用助成金支給申請書

令和 年 月 日

浦安市長 あて

申請者(保護者) 住所 浦安市

氏名 _____ 続柄 ()

次のとおり、定期予防接種を（定期年齢内・定期年齢外）実費で受けたので、領収書の原本及び母子健康手帳・予防接種済書の写しを添えて、助成金の交付を申請します。

フリガナ		男 女	生年月日	T S H R
被接種者氏名				年 月 日 (歳)
住 所	〒 _____ 浦安市			
電 話 番 号				
申 請 理 由				

予防接種の種類	接種日	予防接種に要した金額	浦安市記入欄(支給額等)
	平・令 年 月 日	円	
	平・令 年 月 日	円	
	平・令 年 月 日	円	
	平・令 年 月 日	円	
	平・令 年 月 日	円	

振込希望 金融機関名	銀行 信用金庫				支店 出張所			
口 座 番 号	普通・当座							
フリガナ								
口 座 名 義								