

様式第 4 号 ( 第 9 条関係 )

下田市特別の理由による任意予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

下田市長 様

住 所  
申請者 ( 保護者 )  
氏 名

私は、下田市特別の理由による任意予防接種費用助成金交付要綱第 9 条の規定により、次のとおり下田市特別の理由による任意予防接種費用助成金の交付を申請します。

なお、必要があるときは、次の事項について下田市が医療機関に確認を行うことに同意します。

接種対象者	住 所			
	フリガナ氏 名	( 男 ・ 女 )		
	生年月日	年	月	日
保護者氏名		被接種者との続柄 ( )		
電 話 番 号				
対象予防接種名	再接種年月日	接種費用 ( 支払った金額 )	下田市記入欄	
			助成上限額 ( 下田市委託料 )	申請金額 ( と で低い額 )
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
申請合計金額			円	
金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合		本店・支店 支所・出張所	
<input type="checkbox"/> 座 種 別	<input type="checkbox"/> 座 種 別	1 普通	<input type="checkbox"/> 座 番号	
<input type="checkbox"/> 座 番 号		2 当座		
フリガナ				
<input type="checkbox"/> 座 名 義				

太枠内を記入してください。