

申請日 年 月 日

年度伊賀市乳幼児任意予防接種費用助成申請書

伊賀市長様
〒 ー
申請者住所 伊賀市
申請者氏名
電話番号 ()

下記のとおり任意予防接種を受けましたので、助成金を交付されたく、伊賀市補助金等交付規則第4条第1項及び伊賀市乳幼児等任意予防接種費用助成金交付要綱第7条第1項の規定により、領収書を添えて申請します。

- 1 申請金額 金 円 (記入不要)
2 子どもの氏名、生年月日、ワクチン名、接種日、接種金額、申請金額

子どもの氏名 及び生年月日	ワクチン名	接種日	接種金額	助成申請額
年 月 日		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
年 月 日		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
※太枠の中のみ記入してください			申請金額合計	円

振込先	銀行 本店		
	農協 支店		
	信用金庫 支所		
	普通・当座	口座番号	
	ふりがな		
	口座名義人		

*申請にお越しの際は、念のために印鑑（朱肉印）をご持参ください。

振込先の口座名義人が申請者と異なる場合は、下記委任状に記名押印が必要です。

委任状	
私は、本件に係る助成金の受領を上記の口座名義人に委任します。	
年 月 日 申請者	印

<担当者使用欄>	受付印
☐ 住基確認	
☐ 年齢確認	
☐ 助成回数確認	
☐ システム入力	