

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

〒

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、伊賀市乳幼児等任意予防接種費用助成事業実施要綱第7条第3項の規定に基づき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 日生		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
年 月 日生		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		

<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

\*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

㊟