

申請日 年 月 日

令和7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	インフルエンザ	年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
年 月 日	インフルエンザ	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 印