

北区任意予防接種助成金申請書兼請求書

東京都北区長 殿

申請額：円

私は、「任意予防接種助成金」を申請します。助成金の申請に当たり、この申請書に係る申請者及び被接種者の住民基本台帳及び医療機関等における情報について、北区が必要と認めるときは調査を行うこと及び他の行政機関等に求めることに同意します。

申請者氏名	フリガナ	申請者から見た被接種者の続柄	
住所	〒	電話番号	— —

※申請者は原則として保護者になります（18歳以上の場合は被接種者本人になります）。

被接種者氏名	フリガナ	接種時の住所	☐ 申請者と同じ (申請者と異なる場合)		
生年月日					
接種回数	1 回目	2 回目	3 回目		
接種ワクチン					
接種年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
実施医療機関	所在地				
	名称				
	電話番号				

請求額：円

請求額につきましては、以下の口座へ入金してください。

振込口座	いずれかを記入してください。	ゆうちょ銀行 以外の 金融機関	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所									
			金融機関コード				店番号							
			普通 ・ 当座	口座番号 (右づめで記入して下さい)										
		ゆうちょ銀行	通帳記号		1桁の数字が 無い場合は空欄		通帳番号 (右づめで記入してください。)							
						—		—						
	必ず記入してください。	口座名義人 (カナ)	※必ず記入してください。 申請者と口座名義人が異なる場合は、下部にお進みください。											

※口座名義人も記入してください

※申請者と口座名義人が異なる場合のみ、下欄にもご記載願います。

私は、上記口座名義人に北区任意予防接種助成金の受け取りを委任いたします。

年 月 日 申請者氏名

職員記入欄							
住基	接種日	接種記録	口座情報	本人確認	受取委任	入力	番号