様式第３号（第８条関係）

深谷市任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

深谷市長　　　　　　　宛

住　所

氏　名

（被接種者との続柄）

電話番号

　深谷市任意予防接種費用助成金交付要綱第８条第１項の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請し、請求します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | 住所 |  | | | | |
| 氏名 |  | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） | | | | |
| 予防接種の種類 | | 帯状疱疹 | 水痘ワクチン | | 1回 | |
| 帯状疱疹ワクチン | | １回目・２回目 | |
| おたふくかぜ | | | １回目・２回目 | |
| 接種年月日 | | 帯状疱疹 | 水痘ワクチン | | 年　月　日 | |
| 帯状疱疹ワクチン | | １回目 | 年　月　日 |
| ２回目 | 年　月　日 |
| おたふくかぜ | | | 年　　月　　日 | |
| 請求金額 | | 円 | | | | |
| 振込先 | | 金融機関 | |  | | |
| 本・支店名 | |  | | |
| 口座の種類 | |  | | |
| 口座番号 | |  | | |
| フリガナ | |  | | |
| 口座名義人 | |  | | |