記入例

別記
様式第１号（第４条関係）

平成 31 年 2 月 1 日

佐倉市風しんワクチン接種費用助成申請書

（宛先）佐倉市長

申請者　氏名　佐倉　太郎　㊞
住所　佐倉市　江原台 2-27
電話　485-6711

佐倉市風しんワクチン接種費用助成事業実施規則第４条第１項の規定により、風しんワクチン接種に要した費用の助成を申請します。

フリガナ	サクラ　タロウ	生年月日
接種者氏名	佐倉　太郎	昭和 55 年 4 月 1 日
住所	佐倉市　江原台 2-27	
電話番号	043（485）6711	
ワクチンの種類 □にチェック	□風しんワクチン ☑麻しん風しん（MR）混合ワクチン	
申請額	5,000 円	

いずれかにご記入ください。

助成金を以下の口座に振り込んでください。

口座振込依頼欄	千葉　銀行 / 信用金庫 / 信用組合 / 農協	佐倉　本店 / 支店 / 支所 / 出張所	種目	1 普通　2 当座
	金融機関コード	店舗コード	口座番号	
	0 1 3 4	2 8 7	0 1 2 3 4 5 6	
	フリガナ	サクラ　タロウ		
	口座名義人	佐倉　太郎		

ゆうちょ銀行	通帳記号	1				0		通帳番号（右づめ）								
フリガナ																
口座名義人																

必要書類：①抗体検査の結果の通知書
②**領収書や明細書等原本**（被接種者氏名、接種日、医療機関名、ワクチン名及び接種費用が記載されているもの）

申請書類提出先（郵送可）：**健康増進課（健康管理センター）**　〒２８５－０８２５　佐倉市江原台２－２７
西部保健センター　〒２８５－０８４３　佐倉市中志津２－３２－４
南部保健センター　〒２８５－０８０６　佐倉市大篠塚１５８７

※申請者は、氏名を自署することにより、押印を省略できます。
※申請期限：平成３１年３月３１日