

松原市受験生等のインフルエンザワクチン接種費用助成申請書及び請求書
(償還払用)

年 月 日

松原市長 殿

(申請者)

住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

(被接種者との続柄: _____)

電 話 _____

松原市受験生等のインフルエンザワクチン接種費用助成事業実施要綱附則第2項の規定により、下記のとおり申請及び請求します。なお、助成の決定のため、私の世帯の住民登録情報等について、市長が確認し、又は各関係機関に照会等することを、世帯全員の同意を得た上で承諾します。

記

1. 被接種者

フリガナ	
氏 名	
生年月日	年 月 日生 (歳 ヶ月)
住 所	松原市
医療機関等 (住所・名称)	

2. 助成を受ける額

金額	十	万	千	百	十	円
----	---	---	---	---	---	---

3. 助成を受ける額の振込を指定する口座

金融機関名	銀 行・信用金庫・信用組合 ・労働金庫・農 協					
	支店					
預金種目 口座番号	普通・当座					
フリガナ						
口座名義人						
委任状欄	私は、上記の口座名義人に助成を受ける額の受領を委任します。 _____(申請者)_____ ⑩					

※申請者と口座名義人が異なる場合、委任状欄に記名押印してください。

記入例です。

松原市受験生等のインフルエンザワクチン接種費用助成申請書及び請求書
(償還払用)

年 月 日

松原市長

保護者の氏名、住所、電話番号を記入し、認印を押印してください。
※消えるボールペン(フリクションボールペン)は使用しないでください。
※ゴム印やシヤチハタで押印しないでください。

(申請者)

住所

氏名

(被接種者との続柄:)

電話



松原市受験生等のインフルエンザワクチン接種費用助成事業実施要綱附則第2項の規定により、下記のとおり申請及び請求に照会
被接種者の氏名、生年月日、住所〔松原市〕、接種した医療機関名をご記入ください。
の住民登録情報等について、市長が確認し、又は各関係機関に照会いたします。

1. 被接種者

フリガナ	
氏名	
生年月日	年 月 日生 (歳 ヶ月)
住所	松原市
医療機関等 (住所・名称)	

¥1000とご記入ください。
金額を訂正されたものは、受付できません。

十	万	千	百	十	円
	¥	1	0	0	0

振込先の口座などを記入してください。口座名義人が申請者以外の場合は〔委任状欄〕も記名押印ください。

	銀行・信用金庫・信用組合 ・労働金庫・農協
	支店
預金種目	普通・当座
口座番号	
フリガナ	
口座名義人	
委任状欄	私は、上記の口座名義人に助成を受ける額の受領を委任します。 (申請者)

※申請者と口座名義人が異なる場合、委任状欄に記名押印してください。