

任意予防接種費用助成申請書

第 号

提出先 足立区長

年 月 日

申請者住所（転出の方は現住所記入）

〒

電話番号（日常つながる連絡先）

申請者氏名

接種者との続柄（ ）

接種者氏名

接種者生年月日 年 月 日

骨髄移植等を行い、既に接種済みの予防接種の再接種が必要と医師に判断された等、やむを得ない理由により、  
ワクチンを任意接種で受け、任意接種費用助成を受けたいので、下記のとおり申請します。  
資格要件等の情報について必要がある時は、区が保有する情報を確認することに同意します。  
また、資格要件に該当しない事実が判明した時は、任意接種費用助成金を返還いたします。

助成内容

| ワクチン名 | 回数 | 接 種 日 | 接種費用 | 助成金額 |
|-------|----|-------|------|------|
|       |    | 年 月 日 | 円    | 円    |
|       |    | 年 月 日 | 円    | 円    |
|       |    | 年 月 日 | 円    | 円    |
|       |    | 年 月 日 | 円    | 円    |
|       |    | 年 月 日 | 円    | 円    |
|       |    | 年 月 日 | 円    | 円    |
|       |    | 年 月 日 | 円    | 円    |
|       |    | 年 月 日 | 円    | 円    |
|       |    | 年 月 日 | 円    | 円    |
|       |    | 年 月 日 | 円    | 円    |
|       |    | 年 月 日 | 円    | 円    |

本申請の記載事項について、誤字、脱字などの軽微な訂正については、区役所職員が行うことに同意します。  
本人自署

申請額 円

接種医療機関

|           |  |
|-----------|--|
| 接種医療機関名   |  |
| 接種医療機関所在地 |  |

接種等の情報について必要がある時は、区が接種医療機関に情報を確認することに同意します。

【郵送申請先】 〒120-8510  
足立区中央本町1-17-1  
衛生部保健予防課予防接種係  
任意予防接種費用助成担当

-----区記入欄-----  
審査の結果  
円  
の助成金を決定する。

年 月 日

任意予防接種費用助成請求書兼口座振替依頼書

第 年 月 日

提出先 足立区長

請求者住所 (転出の方は現住所記入) 電話番号 (日常つながる連絡先)

請求者氏名 接種者との続柄 ( )

接種者氏名 接種者生年月日 年 月 日

請 求 額

円

任意接種費用助成金について、上記のとおり請求します。請求金額は、下記の口座に振り込んでください。  
なお、請求人と口座名義人が異なる場合は、任意接種費用助成金の受領に関する権限を下記の者に委任します。

(振込口座)

※振込口座(振込不能等)及び資格要件等の情報について必要がある時は、区が保有する情報を確認することに同意します。

|         |             |                      |  |  |  |                 |  |  |  |
|---------|-------------|----------------------|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| 振込先金融機関 |             | 銀 行 信用金庫<br>信用組合 農 協 |  |  |  | 本店<br>支店<br>出張所 |  |  |  |
| 預 金 種 別 | 1 普 通 2 当 座 | 口座番号                 |  |  |  |                 |  |  |  |
| フリガナ    |             |                      |  |  |  |                 |  |  |  |
| 口座名義人   |             |                      |  |  |  |                 |  |  |  |

本申請の記載事項について、誤字、脱字などの軽微な訂正については、区役所職員が行うことに同意します。  
本人自署

(受 任 者) ※請求者と口座名義人が異なる場合のみ、口座名義人名と口座名義人住所を記入

氏 名

住 所