

様式第4（第5条関係）

岩倉市おたふくかぜ予防接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

岩 倉 市 長 殿

申請者（保護者）住 所
氏 名 (続柄)
電話番号

岩倉市おたふくかぜワクチン予防接種費用助成事業実施要綱第5条第1項の規定に基づき、次のとおり申請（請求）します。

申請（請求）金額	金 円		
被接種者 ^{フリガナ} 氏名	生年月日	年 月 日 (歳 か月)	
接種年月日	年 月 日		
接種医療機関名			

上記、申請（請求）金額を下記の口座に振り込んでください。

金融機関名及び支店名	預金種類	口座番号	口座名義
支店			フリガナ

(注) 口座名義人は、申請者としてください。

同 意 書

岩倉市おたふくかぜワクチン予防接種費用助成事業実施要綱第2条第1項各号に掲げる要件に該当していることを確認するため、住民基本台帳等の調査、照会及び閲覧について同意します。

申請者（保護者）氏名

添付書類：住所地を証明する書類（同意書に署名した場合は、添付不要）
予防接種を受けたことが確認できる書類の写し
予防接種に係る接種医療機関発行の領収書