

柏市長 あて

※太枠の中のみご記入ください

申請者	住所	〒 柏市
	氏名	
	被接種者との続柄	( )
	電話	

柏市定期予防接種費助成金交付申請書兼実績報告書兼請求書（風しん定期第5期）

柏市補助金等交付規則により、下記のとおり助成金の交付を申請し、併せて事業の完了を報告します。なお、助成金の交付に当たり、市が住民基本台帳および柏市予防接種台帳を確認することに同意し、交付決定後は、本申請書をもって助成金を請求するものとします。

記

1 定期予防接種について（風しん第5期）

被接種者	(ふりがな) 氏名	( 年 月 日生)
	住所	(申請者と異なる場合に記入) 〒
	電話	— —
	接種日	年 月 日
医療機関名		
添付書類 (写し)	<input type="checkbox"/> 領収書、領収書にワクチン種別の記載がない場合は明細書も添付 <input type="checkbox"/> 風しん抗体検査結果がわかる書類（抗体検査受診票の本人控え） <input type="checkbox"/> ワクチン種別がわかる書類（予診票・予防接種済証） <input type="checkbox"/> 振込先金融機関通帳またはカード（口座番号がわかるもの）	
補助金 申請額 算定基礎	麻しん風しん混合（MR）予防接種 10,065 円とする。ただし、補助金額よりも低料金の場合は、実施費用の全額補助とする。また、1人につき1回の助成を上限とする。	

2 交付申請額

\_\_\_\_\_ 円

3 助成金の振込先口座

金融機関名	銀行 信金・信組 農協	支店名	本店 支店
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	.....
フリガナ 口座名義			